

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI

PROBLÉMATIQUE DE L'ÉVOLUTION DES VALEURS
CHEZ LES INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES
DANS LE CONTEXTE DE L'*ÉTHOS* POSTMODERNE

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU PROGRAMME DE
MAÎTRISE EN ÉTHIQUE

PAR

NICOLE MAHEUX

Août 2007

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI
Service de la bibliothèque

Avertissement

La diffusion de ce mémoire ou de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire « *Autorisation de reproduire et de diffuser un rapport, un mémoire ou une thèse* ». En signant ce formulaire, l'auteur concède à l'Université du Québec à Rimouski une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de son travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, l'auteur autorise l'Université du Québec à Rimouski à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de son travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits moraux ni à ses droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, l'auteur conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont il possède un exemplaire.

REMERCIEMENTS

Nous désirons remercier les personnes qui ont rendu possible la réalisation de notre étude, particulièrement monsieur Bruno Leclerc, directeur de mémoire pour la maîtrise en éthique de l'Université du Québec à Rimouski, pour sa patience, sa diligence et sa grande expertise. De plus, nous remercions le département de soins infirmiers du Cégep de Lévis-Lauzon, spécialement madame Diane Nolin, infirmière et enseignante en éthique, pour sa collaboration, son aide et sa grande ouverture qui ont permis l'accomplissement de notre recherche. Un merci tout spécial aux étudiantes et étudiants en techniques infirmières du Cégep de Lévis-Lauzon; sans leur participation, notre projet n'aurait certes pu progresser. Finalement, un grand merci à toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont pris part à notre recherche.

RÉSUMÉ

Cette recherche se veut une exploration des changements de valeurs dans la profession infirmière en lien avec l'évolution des valeurs de société, sur la base d'une enquête menée auprès d'infirmières en exercice et d'infirmières en formation. Dans un premier temps, une problématique de l'évolution des valeurs de la profession infirmière est élaborée à partir d'une triple analyse : celle des repères normatifs encadrant la pratique infirmière, des paradigmes infirmiers émergents et de la thèse philosophique de l'individualisme responsable de Gilles Lipovetsky. Dans un deuxième temps, une enquête terrain est conçue et administrée dans le but de vérifier la pertinence de la problématique, qui suppose un clivage de valeurs entre les infirmières novices et les plus expérimentées. Un questionnaire d'enquête est ainsi élaboré et administré auprès d'un échantillon de plus de 120 infirmières, en vue de cerner leurs perceptions des valeurs professionnelles et des enjeux de valeurs liés à l'exercice de la profession dans le contexte actuel. Le questionnaire est composé de 19 questions qui portent notamment sur la responsabilité, le soin, l'engagement, les besoins du patient, le devoir, l'autonomie et la déontologie. L'analyse des résultats permet de mettre en relief des indices qui soutiennent la pertinence de notre problématique de l'évolution actuelle des valeurs chez les infirmières, selon laquelle une nouvelle approche de la responsabilité est à l'œuvre chez les jeunes infirmières, ce qui correspond à la thèse de l'individualisme responsable de Lipovetsky.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
RÉSUMÉ	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES ANNEXES.....	vi
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1	1
<i>LA PROBLÉMATIQUE ET LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE</i>	1
1.1 Question initiale.....	1
1.2 Description de la situation	2
<i>OBJECTIFS ET PLAN DE LA RECHERCHE</i>	14
CHAPITRE II	17
<i>CADRE CONCEPTUEL</i>	17
2.1. Définition du professionnalisme	18
2.2. Définition des paradigmes infirmiers.....	22
2.3. Définitions du soin infirmier.....	24
2.4. Définition de la théorie de l' <i>Human Caring</i> selon Jean Watson	30
2.5. Le contexte individualiste postmoderne.....	33
2.6. La responsabilité, une dynamique individuelle et sociétale	36
2.7. L'individualisme responsable selon Gilles Lipovetsky	39
CHAPITRE III.....	43
<i>APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE</i>	43
3.1. Constitution du questionnaire d'enquête	45
3.2. Population à l'étude.....	50
3.3. Modalités et réalisation de cueillette	51
CHAPITRE IV	53
<i>ANALYSE DES DONNÉES</i>	53
CHAPITRE V.....	100
<i>INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS</i>	100
CONCLUSION	116
BIBLIOGRAPHIE.....	173

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Mesures sociodémographiques chez les étudiantes et les infirmières en %.....	54
Tableau 1a. Mesures sociodémographiques chez les étudiantes et les infirmières qui ont participé à l'étude en %.....	54
Tableau 2. Expérience de travail des infirmières qui ont participé à l'étude en %.....	55
Tableau 3. Niveau de formation des infirmières qui ont participé à l'étude en %.....	55
Tableau 4. Quart de travail des infirmières qui ont participé à l'étude en %.....	56
Tableau 5. Mesures ordinales de l'accord ou du désaccord chez les étudiantes et les infirmières qui ont participé à l'étude en %.....	57
Tableau 5 a). Mesures ordinales d'accord ou de désaccord chez les étudiantes et les infirmières qui ont participé à l'étude en %.....	58
Tableau 6. Mesures de deux valeurs du milieu de travail chez les étudiantes et les infirmières qui ont participé à l'étude en %.....	59
Tableau 7. Mesures ordinales d'accord ou de désaccord au <i>caring</i> est l'essence de la discipline infirmière chez les étudiantes et les infirmières qui ont participé à l'étude en %.....	63
Tableau 8. Mesures ordinales de l'aspect privilégié chez le patient par les étudiantes et les infirmières qui ont participé à l'étude en %.....	64
Tableau 9. Mesures de l'aspect privilégié chez le patient par les autres et observé par les étudiantes et les infirmières qui ont participé à l'étude en %.....	68
Tableau 10. Mesures ordinales d'accord ou de désaccord par rapport à « l'infirmière est l'experte vis-à-vis du patient » chez les étudiantes et les infirmières qui ont participé à l'étude en %.....	69
Tableau 11. Mesures ordinales sur le rôle de l'infirmière pour son patient chez les étudiantes et les infirmières qui ont participé à l'étude en %.....	68
Tableau 12. Mesures ordinales d'accord ou de désaccord par rapport à « la discipline infirmière est scientifique » chez les étudiantes et les infirmières qui ont participé à l'étude en %.....	70

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE (1 et 2) COMPILATION DES RÉPONSES DES ÉTUDIANTS DU CÉGEP LÉVIS-LAUZON	123
ANNEXE (3) COMPILATION DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE CHEZ LES INFIRMIÈRES AYANT 5 ANS ET MOINS D'EXPÉRIENCE.....	133
ANNEXE (4) COMPILATION DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE CHEZ LES INFIRMIÈRES AYANT 6 ANS ET PLUS D'EXPÉRIENCE	138
ANNEXE (5) COMPILATION DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE DES INFIRMIÈRES EXPÉRIMENTÉES	144
ANNEXE (6) COMPILATION DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE CHEZ LES INFIRMIÈRES AYANT 11 ANS ET PLUS D'EXPÉRIENCE	153
ANNEXE (7) COMPILATION DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE CHEZ LES INFIRMIÈRES DE 51 ANS ET PLUS.....	160
ANNEXE (8) LETTRE D'INTRODUCTION ET QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE.....	166

INTRODUCTION

Les transformations structurelles qui s'opèrent actuellement au niveau du système de santé et de services sociaux prennent appui sur une révision des principes qui guident la manière d'intervenir auprès de la clientèle, en mettant notamment l'accent sur la continuité et la spécialisation des soins et des services selon une approche populationnelle. Cette évolution rapide prend place dans un contexte de grave pénurie de professionnels de la santé, d'explosion des coûts du système de santé et de révision du partage des actes réservés entre les ordres professionnels, pour ne nommer que ces facteurs. Ces remises en question prennent place à leur tour dans le contexte sociétal plus global du pluralisme politique et moral, qui se caractérise notamment par la multiplication des référents idéologiques et éthiques : on parle d'individualisme, de subjectivisme, de revendication de la différence sur le plan des croyances et des modes de vie. Il est logique de penser que l'évolution de la culture morale ou des valeurs de société a un impact sur les personnes qui prodiguent les soins ainsi que sur leur façon de le faire, d'autant plus que nous assistons à un changement de la garde, au remplacement des professionnels de la santé qui partent à la retraite, dont les infirmières auxquelles nous nous intéressons dans ce mémoire.

Dans ce contexte de profondes transformations, l'arrivée de nouvelles infirmières influencées par de nouveaux paradigmes définissant le savoir, le savoir-faire et le savoir-être, suscite une questionnement légitime de la part des infirmière d'expérience : comment la nouvelle génération d'infirmières conçoit-elle et valorise-t-elle sa relation avec le patient, comment comprend-elle sa responsabilité professionnelle?

Ce mémoire de recherche en éthique est pour nous l'occasion de réfléchir de manière systématique sur l'évolution des valeurs de notre profession. Nous avons choisi un angle particulier d'analyse : celui d'un possible clivage de valeurs entre les jeunes infirmières et les infirmières d'expérience, compte tenu de la relation dynamique qui se développe dans la personne de chaque infirmière en tant que sujet moral, entre les valeurs sociétales, celles du système de santé et celles de la profession infirmière.

C'est en pensant à cette dynamique que nous avons d'abord élaboré une problématique éthique de l'évolution des valeurs infirmières, en prenant appui à la fois sur les repères normatifs de la profession et sur une analyse philosophique de l'ethos contemporain. Puis nous avons pensé vérifier la pertinence de cette problématique en menant une enquête auprès d'infirmières en exercice, à la recherche de différences significatives entre les infirmières novices et expérimentées. Cette étude nous permet de faire le point sur un aspect majeur de l'évolution de la profession infirmière, sa dimension éthique; elle permet aussi de projeter la réflexion en avant et de s'interroger sur l'impact futur que les transformations actuelles pourraient avoir sur le respect que l'on accorde à la vie, à la dignité humaine et au bien-être du public.

Note au lecteur : Le féminin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

CHAPITRE 1

LA PROBLÉMATIQUE ET LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

1.1 Question initiale

Mon questionnement initial porte sur les valeurs qui motivent la profession infirmière et sur leurs effets sur la clientèle. Il me vient avant tout d'observations dans mon milieu de travail, où j'occupe les fonctions d'assistante-infirmière-chef. Selon mes observations, les nouvelles infirmières adoptent des attitudes et des comportements différents de ceux de leurs doyennes. Voici des exemples de commentaires émis par ces jeunes personnes : « On fait notre quart de travail, un point c'est tout. Je ne suis pas ici pour faire du bénévolat, ni l'ouvrage des autres. »

En entendant ces propos qui paraissent plutôt individualistes et en observant les comportements qui les accompagnent, par exemple lors des refus de faire du temps supplémentaire qui est une situation plutôt fréquente, on ne peut s'empêcher de s'interroger sur la notion du rapport à l'autre qui est ici en cause, sur le sens de la responsabilité, de la qualité et de l'efficience des soins, dans un contexte de compressions budgétaires et de réorganisation où l'on demande de faire plus avec moins. On peut y voir une divergence apparente de mentalités entre les infirmières plus anciennes, qui vivent la profession comme un engagement d'inspiration vocationnelle pouvant aussi se traduire par l'oubli de soi, et celles, plus nouvelles, pour qui les priorités personnelles priment peut-être davantage que l'engagement.

D'après plusieurs échanges informels avec des collègues d'expérience, les attitudes des novices inquiètent. Elles sont même interprétées par certaines comme un danger grandissant pour le système de santé et pour les patients, dans un contexte de changements organisationnels qui posent des défis nouveaux et difficiles à la profession infirmière. La perception de l'indépendance grandissante des infirmières novices, en regard de la dépendance des patients, suscite l'inquiétude chez certaines doyennes. Cette indépendance leur paraît incompatible avec le professionnalisme : le client semble à risque d'être pénalisé, de subir une perte de confort et de ne pas connaître le niveau attendu de bien-être. On attribue alors à la notion d'indépendance la signification d'indifférence. D'où notre questionnement initial : une transformation du système de valeurs professionnelles est-elle en cours chez les infirmières et, dans l'affirmative, son orientation autorise-t-elle à croire que la sécurité des soins prodigués à la clientèle est mise en cause ou que les soins sont prodigués avec moins de professionnalisme?

1.2 Description de la situation

En partageant ce questionnement tiré de l'expérience professionnelle avec des collègues œuvrant dans d'autres milieux (CLSC, CHSLD), nous pouvons constater qu'il dépasse les limites d'une seule organisation. La situation décrite est aussi observée dans d'autres milieux de soins, notamment suite à l'embauche de nouvelles infirmières qui a suivi la prise de retraite de plusieurs infirmières d'expérience et à la pénurie à laquelle nous faisons face actuellement.

Compte tenu des commentaires convergents émis par des collègues de travail sur le changement d'attitude chez les novices, il est permis de croire que l'écart entre les deux groupes d'âge se trouve peut-être au-delà du simple niveau de l'agir, pour se situer au niveau des valeurs.

Afin de cerner les éléments qui pourraient rendre compte d'un tel écart de valeurs, nous passerons en revue différentes dimensions professionnelles, institutionnelles, culturelles et sociales qui marquent le contexte de la pratique infirmière actuelle; nous chercherons à décrire ce qu'elles ont en commun, les composantes de leur *éthos* professionnel.

Sur le plan de la formation professionnelle, les deux générations d'infirmières possèdent un cadre de référence semblable, acquis lors de la formation. Il existe en effet depuis plusieurs années un « noyau dur » de concepts et de normes professionnelles privilégiées par la direction de la qualité des soins de l'OIIQ, qui comporte trois volets : les assises, les énoncés descriptifs et les critères essentiels à l'exercice. Rappelons brièvement en quoi ils consistent.

Les assises sont les croyances et les postulats construits autour des concepts centraux de santé, de personne, de soins et d'environnement. Ces concepts servent à définir le but de la pratique infirmière : « rendre la personne (famille, groupe ou collectivité) responsable selon ses capacités et les ressources que lui offre son environnement, quelle que soit l'étape de la vie qu'elle traverse et quelle que soit la phase de sa maladie. Elle vise également à rendre la personne capable d'assurer son bien-être et d'avoir une bonne qualité de vie. »¹

¹ OIIQ. (2001). *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière*. Montréal, OIIQ, Direction de la qualité de l'exercice.

Les énoncés descriptifs précisent les différents aspects du rôle de l'infirmière et sont regroupés en sept catégories : le partenariat infirmière-client, la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le processus thérapeutique, la réadaptation fonctionnelle, la qualité de vie et l'engagement professionnel.²

Les critères essentiels sont définis en référence aux trois cibles suivantes : le client, l'infirmière et l'organisation. « Le client est exempt de douleurs contrôlables » est un exemple de critère visant le client. Le critère « l'infirmière, dans l'exercice de ses fonctions : identifie et analyse les facteurs de risques chez les clients et dans l'environnement, en lien avec leur sécurité » vise l'infirmière. Puis « l'infirmière, au sein de l'organisme, prend des moyens pour que l'on sauvegarde la sécurité du client » est un critère ayant pour cible l'organisation.³

Si les infirmières actuellement en exercice ont un cadre de référence commun, il faut chercher ailleurs la source d'un éventuel clivage de valeurs. On peut regarder du côté du contexte et du style de formation qui a marqué les plus anciennes et les plus jeunes et qui présente des différences importantes. Autrefois, les infirmières étaient formées dans les hôpitaux par des membres de communautés religieuses qui communiquaient un savoir d'expérience et une morale du dévouement.

Actuellement, la formation est confiée à des infirmières laïques plus scolarisées (diplômes de deuxième ou de troisième cycle) qui œuvrent dans les collèges et les universités sur la base

². OIIQ. (2001). *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière*. Montréal, OIIQ, Direction de la qualité de l'exercice.

³ Op.cit.

d'un savoir spécifique à la profession; une petite fraction seulement de l'apprentissage en milieu clinique (les stages) se déroule à l'hôpital.

On peut certes retenir l'évolution de la formation infirmière comme un facteur déterminant de changement des mentalités dans l'ensemble de la profession, mais il faut situer cette évolution sur un continuum où certaines infirmières se trouvent près des deux pôles et plusieurs, entre les deux. Toutefois, la laïcisation de la formation infirmière n'est pas un phénomène récent; il est douteux que ce facteur soit suffisant pour expliquer les changements d'attitudes observés chez les infirmières novices.

En plus du savoir scientifique et du savoir d'expérience, les programmes de formation comportent aussi une dimension théorique importante, en particulier au niveau universitaire. La recherche en sciences infirmières permet en effet d'initier de nouveaux courants de pensée et de proposer de nouveaux paradigmes servant à construire des modèles de l'acte infirmier. L'évolution en ce domaine a été remarquable au cours des dernières années. Selon certains auteurs, nous nous dirigeons vers un nouveau paradigme, celui de la transformation.⁴ Ce dernier modèle, qui met l'emphasis sur le rapprochement entre l'infirmière et la clientèle, sans toutefois dénigrer les précédents, se présente comme une réponse visant à favoriser, sur le plan des représentations, l'arrimage de la profession infirmière avec les transformations sociales et institutionnelles. On peut le voir comme un mécanisme d'adaptation, comme une volonté de donner aux infirmières les outils conceptuels pour évoluer personnellement, aussi bien que professionnellement. Ces modèles émergents apportent un vent de fraîcheur aux infirmières qui y

⁴ Rosemarie Rizzo Parse (2003). *L'humain en devenir. Nouvelle approche du soin et de la qualité de vie*. Traduit de l'américain par Francine Major. Québec, Les Presses de l'Université Laval, p.9.

sont exposées, mais cela ne signifie pas que les concepts, les valeurs et les attitudes prônées par ces modèles sont connus et partagés de manière réfléchie par toutes les infirmières. Toutefois, à moins de mener une étude spécifique sur l'influence des modèles dans la pratique quotidienne, il est difficile d'affirmer a priori qu'ils sont prépondérants dans l'explication des changements d'attitudes observés chez les infirmières novices. Nous demeurerons cependant attentives aux valeurs prônées par ces modèles dans notre démarche de recherche.

Des facteurs institutionnels, culturels et sociaux plus globaux viennent sans doute inspirer et orienter les repères professionnels que nous venons d'esquisser, et fournir possiblement un cadre d'explication aux changements d'attitudes qui ont été le point de départ de notre démarche de recherche :

Le travail infirmier est touché dans la mesure où, confronté à de nouvelles exigences et contraintes, il est réorganisé. Cette rationalisation s'inscrit dans l'objectif de réduction des coûts et d'accroissement de l'efficacité. Elle se propose de combler le déficit d'évaluation de la pratique médicale et infirmière, maintes fois souligné dans la littérature et notamment dans le rapport de la Commission Rochon (Commission Rochon, 1988 ; CSBE, 1995). Elle s'appuie sur le constat de l'existence d'une très grande variabilité dans la pratique médicale et infirmière, tant au regard des diagnostics, des traitements dispensés que de la durée des séjours à l'hôpital pour des cas identiques. Elle vise précisément à réduire cette variabilité et à standardiser les pratiques. Pour ce faire, il est nécessaire de procéder à une certaine "typification" des cas, pour lesquels sont ensuite définis des traitements et des soins homogènes ainsi qu'une durée d'hospitalisation.⁵

Sur le plan institutionnel, on ne peut en effet passer sous silence les transformations successives vécues au niveau du système de santé (virage ambulatoire, fusions, spécialisation de la mission des établissements, remise en question de la frontière entre les professions...)⁶ Les

⁵ Paul-André Lapointe, Malie Chayer, François Bernard Malo et Linda Rivard. (2000). «La reconfiguration des soins de santé et la réorganisation du travail infirmier». *Nouvelles pratiques sociales. Des pratiques adaptées aux nouveaux temps de vie*, Volume 13, numéro 2, Université du Québec à Montréal, p. 172.

⁶ Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair) (2000). *Les solutions émergentes*. Ministère de la santé et des services sociaux, Québec.

infirmières novices abordent en ce sens la profession dans un contexte de transition et d'instabilité, et aussi de crise d'identité professionnelle au sens où Legault et collègues l'ont analysée. Selon Patenaude et Xhignesse qui analysent l'évolution du processus identitaire de la profession médicale, l'état de crise ne peut être compris « si l'on ne considère pas l'impact des changements sociaux et technologiques des dernières années sur cette profession. »⁷ Certains paramètres de leur analyse mettent d'ailleurs directement en cause la profession infirmière :

Sur le plan d'application des lois professionnelles actuelles étant donné les chevauchements des champs professionnels et la rigidité des mécanismes de délégation des actes; la frustration des professionnels autres que médecins provoquée par l'impression de ne pas être reconnus à leur juste valeur et d'être subordonnés à ces derniers; la tendance, partout en Amérique du Nord, à l'élargissement des rôles professionnels.⁸

L'une des principales difficultés vécues par les infirmières tient à *l'engagement professionnel* d'assurer des soins de qualité à la clientèle, dans un contexte où les ressources financières disponibles sont de plus en plus réduites. L'affluence des ressources financières est chose du passé, mais les établissements continuent pourtant d'exiger des professionnels la performance, l'efficience et la qualité dans leur réponse à la clientèle. Dès lors que le bien-être du patient demeure, et doit demeurer, la préoccupation majeure des infirmières, celles-ci subissent une pression énorme dont les conséquences peuvent se manifester de différentes façons : soumission, désengagement, absentéisme, pénurie.

⁷ Johane Patenaude et Marianne Xhignesse (2003). «Processus identitaire et syndrome du conflit de rôles. Le cas de la profession médicale». Georges A. Legault (dir.) *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme*, Sainte-Foy, Les presses de l'Université du Québec, p. 59.

⁸ *Op.cit.*, p. 59-60.

Au-delà des péripéties de l'évolution des politiques de santé, des missions des organisations et des manières de structurer l'offre de soins, la clientèle demeure dépendante de l'infirmière, à différents degrés et à différents moments de sa vie, pour la satisfaction de ses besoins fondamentaux — nourriture, oxygène, eau — et secondaires — besoins sociaux comme la compagnie et la réussite. Pour Maslow, par exemple, les besoins primaires doivent être satisfaits pour passer aux autres paliers que sont la réponse aux besoins de sécurité, de liens sociaux et d'estime de soi et des autres.⁹ Si certains modèles théoriques alternatifs proposent une nouvelle façon d'être infirmière, la satisfaction des besoins selon un classement hiérarchique demeure, pour des auteurs comme Maslow, un préalable : il faut d'abord assurer la survie, le bien-être et la sécurité de la personne. Parmi les modèles alternatifs, mentionnons l'école du *caring* de Jean Watson¹⁰, qui prône un idéal de soin conçu dans une perspective holistique, qui consiste à offrir une présence engagée à la personne.

L'infirmière se trouve donc face à des dilemmes — quand elle n'est pas placée dans des situations de double contrainte — qui se posent aussi bien au niveau de la décision professionnelle que de la décision morale. Malherbe nous présente une définition des termes compromis, dilemme et paradoxe que nous intégrons à ce mémoire :

Un compromis est un accord obtenu entre deux (ou plusieurs) parties après que chacune ait accepté de faire à l'autre les concessions minimales nécessaires à la formulation de l'accord. [...]
Un dilemme est une configuration situationnelle caractérisée par le fait que les allocutaires tiennent des positions qui s'excluent mutuellement et entre lesquelles les personnes en présence sont mises en demeure de choisir. Une telle difficulté ne peut être résolue qu'en tranchant, c'est-

⁹ Abraham H. Maslow (2004). *L'accomplissement de soi : de la motivation à la plénitude*. Paris, Eyrolles, p. 19.

¹⁰ Jean Watson (2002). "Intentionality and Caring-Healing Consciousness : A practice of Transpersonal Nursing".

à-dire en optant pour l'une des positions, ce qui implique sans doute le rejet simultané de l'autre position. [...] Un paradoxe est une configuration situationnelle marquée par une double régence, en ce sens que la situation est régie par deux impératifs A et B qui entretiennent entre eux une relation logique tout à fait spéciale que je décrirais de la façon suivante : en apparence on a la liberté de choisir A ou B mais, en réalité, l'analyse montre que si l'on opte pour A, on fait le contraire de A, tandis que si l'on opte pour B, on fait le contraire de B.¹¹

Et ces dilemmes sont vécus dans un contexte normatif et un environnement théorique en évolution, qui offrent des repères plutôt instables pour résoudre les difficultés décisionnelles. Malgré cela, les modèles théoriques récents en nursing constituent des sources utiles à notre recherche, parce qu'ils mettent l'accent sur des valeurs émergentes dont il peut être intéressant d'étudier la présence chez les infirmières. Passons maintenant à la description de quelques dilemmes vécus par les infirmières.

L'évolution des différents facteurs énoncés précédemment place l'infirmière dans une situation où elle fait face à des dilemmes qui mettent en cause sa responsabilité professionnelle, donc sa manière de prodiguer des soins adaptés et de contribuer à augmenter, à maintenir ou à assister un patient dans l'atteinte du plus grand bien-être.

Le premier dilemme est posé par les exigences actuelles que l'organisation impose à la pratique clinique, face aux valeurs partagées par les infirmières. On exige du personnel infirmier l'efficacité et la performance; on leur demande donc de faire plus en moins de temps, tout en continuant à assurer la satisfaction des besoins de la clientèle qui est en droit de recevoir des

Holistic Nursing Practice, 16(4), p.12-19.

¹¹ Jean-François Malherbe (1999). «La logique des compromis, des dilemmes et des paradoxes en éthique clinique».

services de qualité, centrés sur la présence à la personne, ce qui exige du temps et de la disponibilité.

Le second dilemme met en tension deux conceptions de la responsabilité professionnelle. Les infirmières d'expérience ont évolué dans un contexte hospitalier et une approche des soins où le client était totalement pris en charge par le système et où il n'avait que peu de droits face à ses soins. Les approches actuelles des soins infirmiers ont évolué avec les grands courants de pensée. Les soins restituent le client au centre de l'acte professionnel : on accorde une grande attention à la dimension biopsychosociale de la personne et même davantage. À ce même sujet, Rosemarie Parse décrit la personne ainsi : « Un être ouvert, cocréant un sens dans un processus mutuel et multidimensionnel avec l'univers. »¹² Le patient est actif dans son plan de soins; on suscite son autonomie. Par ailleurs, sur le terrain, les infirmières doivent de plus en plus intervenir selon des protocoles de soins spécialisés, elles sont incitées à ne plus prendre tous les problèmes du patient sur leurs épaules. Le dilemme vécu par l'infirmière tient en partie au fait que le patient demeure dépendant des soins qui lui sont prodigués et que l'équilibre est difficile à trouver entre devoir de soigner et devoir de développer l'autonomie du patient.

Le troisième dilemme met en tension les valeurs traditionnelles et les valeurs émergentes de la profession infirmière. Dans plusieurs situations, notamment les demandes de prolongement de l'horaire de travail (de 8 à 12 ou même 16 heures), il y a conflit, d'une part, entre les valeurs traditionnelles d'oubli de soi, de sacrifice, d'engagement « total » à l'égard de la profession et,

J.-F. Malherbe (dir.) *Compromis, dilemmes et paradoxes en éthique clinique*, Montréal, Fides, p. 121-122.

¹² Rosemarie Rizzo Parse. *Op. cit.*, p. 39.

d'autre part, le souci de soi au sens du proverbe « charité bien ordonnée commence par soi-même ».

Sur la base des analyses précédentes, on peut se questionner sur la possibilité que les jeunes infirmières abordent différemment de leurs aînées la responsabilité professionnelle et sa traduction dans les pratiques, ce qui pourrait affecter le maintien du bien-être du patient et de la qualité des soins. Ce qui est en cause ici, c'est la conciliation par les jeunes infirmières de quatre sources de valeurs : leurs valeurs personnelles, celles qui sont issues de l'évolution des courants de pensée en sciences infirmières, celles de leurs clients et celles de l'organisation en changement. On peut également poser une sous-hypothèse à l'effet que la divergence de valeurs n'est pas attribuable au seul contexte des soins infirmiers, mais à l'influence d'un contexte socioculturel plus global : celui de l'*éthos* postmoderne, tel qu'étudié par Gilles Lipovetsky. Pour Pierre Fortin, l'*éthos* est : « Donc à la fois le "lieu" où nous habitons et ce qui nous habite : c'est la façon particulière qui fait que nous sommes habités par un monde de normes, de valeurs et de sens et confrontés à celle-ci. »¹³ Pour décrire très brièvement la notion d'*éthos* postmoderne, nous retenons trois caractéristiques principales à partir des écrits de Lipovetsky :

La revendication de l'autonomie morale personnelle, où chaque sujet détermine les finalités de son action hors de l'influence des morales traditionnelles du devoir;

la chute des grands « référents » à prétention universelle, d'où le renvoi de la croyance religieuse dans la sphère privée (elle devient une « affaire personnelle »);

la valorisation de la science et de la technologie qui représentent le savoir et le savoir-faire dominant de la société contemporaine.

¹³ Pierre Fortin (1995). La morale, l'éthique. L'éthicologie. Une triple façon d'aborder les questions d'ordre moral, Québec, Les Presses de l'Université du Québec, p.2.

Si ces trois caractéristiques contribuent à affranchir les sujets moraux des morales du devoir et confèrent une légitimité aux attitudes individualistes où chacun revendique le respect de ses droits et de ses valeurs, une nuance s'impose aux yeux de Lipovetsky. Il soutient en effet qu'il faut clairement distinguer entre l'individualisme irresponsable, d'une part, qui « encourage ce mouvement vers le moi d'abord » et « dissout la force des commandements inflexibles », et l'individualisme responsable, d'autre part, qui se manifeste par « la tolérance, l'écologie, le respect des enfants, l'exigence des limites, le bénévolat, la lutte contre la corruption, les comités d'éthique ».¹⁴ Cette nuance est centrale dans notre réflexion : la culture morale de la recherche du bonheur individuel, la prépondérance du souci de soi ne signifient pas que les individus se soient enfermés dans l'égoïsme. Lipovetsky soutient au contraire que l'individualisme moral peut être responsable, qu'il représente en quelque sorte une nouvelle manière d'être responsable.

C'est précisément l'impact de l'*éthos* postmoderne sur la pratique infirmière, via les valeurs des jeunes infirmières, que nous voulons étudier dans notre recherche. Nous voulons vérifier si les attitudes émergentes qui se manifestent dans l'agir des jeunes infirmières peuvent être analysées comme des manifestations de l'*éthos* postmoderne. Plus particulièrement, nous cherchons à déterminer si leur apparent individualisme peut être interprété comme une expression de l'individualisme responsable, comme une nouvelle manière d'aborder la responsabilité professionnelle. Cette nouvelle manière se manifesterait dans une manière de voir et de valoriser la personne, le soin, la santé, le travail et l'environnement professionnel. Nous

¹⁴ Gilles Lipovetsky, (2002). *Métamorphoses de la culture libérale – Éthique, médias, entreprise*, Montréal, Édition Liber, p.48-49.

supposons qu'il est possible de décrire les valeurs des jeunes infirmières qui sont en lien avec notre problématique en les invitant à s'exprimer sur les valeurs qui animent leur agir.

Pour la formuler autrement, notre question de recherche est la suivante : peut-on décrire « objectivement » l'émergence d'une nouvelle approche de la responsabilité chez les jeunes infirmières, qui viendrait illustrer la thèse de l'individualisme responsable de Lipovetsky? Ce faisant, indépendamment de la réponse positive ou négative à la question de recherche, nous croyons que notre étude permettra de mettre en relief quelques aspects importants de l'*éthos* des jeunes infirmières, à défaut d'illustrer l'*éthos* postmoderne. En identifiant certaines valeurs émergentes de la profession infirmière, nous serons en mesure de dégager quelques lignes de force de l'éthique des soins infirmiers qui s'élabore actuellement, dans un contexte social et institutionnel en changement rapide.

OBJECTIFS ET PLAN DE LA RECHERCHE

Notre visée est d'abord descriptive, puis analytique, car elle consiste à rechercher et à interpréter les manifestations d'un système de valeurs propres aux jeunes infirmières, en lien avec l'*éthos* dit postmoderne. En d'autres termes, notre objectif principal est de vérifier si les valeurs exprimées par la nouvelle génération d'infirmières présentent des différences significatives avec celles de leurs aînées, et si ces différences peuvent être interprétées dans le sens de la thèse de l'individualisme responsable développée par Lipovetsky.

Une précision s'impose ici : notre objectif n'est pas de valider ni d'invalider formellement la thèse de Lipovetsky, ni de mener une recherche sociologique approfondie sur les manifestations de l'individualisme chez les infirmières. Nous voulons simplement contribuer à la réflexion sur les valeurs de la profession infirmière en proposant une problématique éthique des valeurs émergentes chez les jeunes infirmières qui est ancrée dans une étude terrain.

La problématique éthique sera élaborée autour de la question : si l'individualisme moral ou le souci de soi est à l'œuvre chez les jeunes infirmières, quelle place occupe à leurs yeux le souci de l'autre, le souci des besoins et du bien-être du patient? Notre but est donc de développer une première problématique éthique et d'en évaluer la pertinence, tout en étant consciente que des recherches théoriques et une enquête plus approfondies seraient nécessaires pour explorer davantage la question.

Compte tenu de ces balises, notre plan de recherche comportera deux moments principaux : le développement, à partir de référents théoriques, d'une problématique éthique de l'évolution des valeurs et des attitudes infirmières, qui constituera en quelque sort notre hypothèse de recherche; puis l'appréciation de la pertinence de cette problématique au moyen d'une enquête sur le terrain.

Il se réalisera selon les étapes suivantes, qui correspondent à autant d'objectifs spécifiques :

- Décrire les principaux paramètres sociaux et organisationnels du contexte de pratique des infirmières (évolution des soins de santé, réformes administratives, problèmes de financement, pénurie d'infirmières, évolution des rapports interprofessionnels). Chapitre I
- Brosser un tableau des principaux repères normatifs qui contribuent à la « culture morale » en évolution des infirmières : codes de déontologie, droits des usagers, valeurs issues de la formation (vocation, professionnalisme...), modèles théoriques du nursing en émergence (les paradigmes, la théorie de *l'Human Caring*, par exemple). Chapitre II
- Caractériser la thèse de l'individualisme responsable de Lipovetsky et décrire, de manière exploratoire, ses manifestations possibles dans la pratique et l'éthique infirmière. Il s'agit en quelque sorte de constituer un canevas d'interprétation. Chapitre III
- Élaborer et administrer, auprès d'infirmières en formation et d'infirmières en exercice, un questionnaire d'enquête permettant de décrire les valeurs portées par les infirmières novices en regard des infirmières plus expérimentées. Chapitre IV
- Analyser les résultats, apprécier la pertinence de la problématique éthique formulée autour du concept d'individualisme responsable. Chapitre V

Au terme de cette analyse, nous opérerons un retour sur la démarche de recherche pour en dégager les lignes de force et les limites, de même que les avenues de recherche qui restent à explorer.

CHAPITRE II

CADRE CONCEPTUEL

Les phénomènes sociaux, culturels, économiques, politiques et organisationnels dont nous avons traité ont certes un impact sur le professionnalisme : ils exercent des pressions et agissent quelquefois telles des entraves à la prestation du service, allant même à l'encontre d'un idéal professionnel. Malgré ces changements d'orientation qui touchent la profession infirmière, le souci moral est présent à travers le temps puisque la finalité des soins infirmiers demeure inchangée et que le geste infirmier se situe toujours au carrefour de la relation d'aide.¹⁵ Avant d'aborder le volet enquête de notre recherche, il importe de caractériser ce souci moral, à travers les repères conceptuels et les approches qui permettent d'en saisir la signification et l'évolution.

Ainsi, dans ce chapitre, nous présentons les concepts opératoires nécessaires à l'analyse de la problématique, à l'élaboration de l'enquête auprès des infirmières et à l'interprétation des résultats. Nous examinerons tout d'abord la définition du professionnalisme et des valeurs de l'infirmière, puis quelques paradigmes infirmiers, dont ceux du soin infirmier, du soin de confort de Katharina Kolcaba, et la théorie de l'*Human Caring* de Jean Watson. Nous verrons ensuite la thèse du postmodernisme dans ses paramètres touchant l'éthique infirmière, principalement ceux de l'individualisme, de la responsabilité et de l'engagement. Précisons ici que notre examen des repères conceptuels et théoriques n'a pas pour visée de les approfondir en eux-mêmes, mais de dégager les outils nécessaires à notre objectif de recherche, soit l'étude de l'évolution actuelle

¹⁵ Danielle Blondeau (1992). « L'éthique professionnelle : Un univers à explorer. » *Nursing Québec*, Vol. 12, mai-juin, p.73.

des valeurs infirmières. Au terme de ce chapitre, nous aurons recueilli les matériaux à partir desquels sera constitué le questionnaire d'enquête. Bref, puisque le soin prend la couleur du paradigme, ces repères conceptuels devraient nous permettre de situer les infirmières novices et les infirmières expérimentées quant au type d'approche qu'elles privilégient, à leurs valeurs et à leurs croyances.

2.1. Définition du professionnalisme

Selon l'acceptation générale du terme professionnalisme, le professionnel a le devoir de rendre ses services disponibles à tous et une responsabilité sociale d'adopter des normes de comportement garantissant la sécurité du public, la qualité des actes réservés et la crédibilité de l'ordre auquel il appartient, notamment l'acquisition de la compétence, le renouvellement de ses connaissances, l'esprit d'équipe, le souci du renom de la profession et des engagements envers les confrères. Selon le Multidictionnaire, en effet, le professionnalisme est : « La qualité d'une personne qui exerce sa profession avec compétence, rigueur et service. »¹⁶ Dussault, Harvey et Bilodeau expliquent ainsi les différents engagements des professionnels envers le public : « Les professionnels ont tendance à se définir comme les experts qui offrent des services complexes, dont leurs clients ne peuvent généralement apprécier ni la réussite ni les résultats. »¹⁷

En ce sens, il est compréhensible que les exigences du professionnalisme soient élevées et consistent à développer des compétences pointues, mais aussi un sens du rapport à l'autre. Le

¹⁶ Marie-Éva Villers. (1997). *Multidictionnaire de la langue française*. Montréal, Québec Amérique, 3^e Édition, p. 1172.

¹⁷ Gilles Dussault, Jean Harvey et Henriette Bilodeau (1988). *La réglementation professionnelle et le fonctionnement du système socio-sanitaire du Québec*. Québec, Les Publications du Québec, p. 50.

professionnel doit agir avec respect, démontrer de la compassion, faire preuve de fiabilité et posséder un « sens » moral, c'est-à-dire posséder un sens de la **responsabilité** envers autrui. Ce sens moral n'est toutefois pas établi une fois pour toutes.

En effet, Georges A. Legault soutient que : « La conception que l'on se fait du professionnalisme ou de l'éthique professionnelle varie d'une époque à l'autre, d'une culture à l'autre. Selon la transformation du sens de la relation professionnelle et selon la fonction symbolique. »¹⁸

Pour Blondeau, « le professionnalisme ne peut toutefois être une simple « *doublure* » à endosser lors de l'exercice de ses fonctions; au contraire, il prend forme à travers la personne et devient la charpente de toutes les activités humaines. C'est la personne qui est à l'origine du geste professionnel et du professionnalisme. Les deux idées sont aussi inséparables que la maison de sa charpente ou que la cathédrale de ses pierres. »¹⁹

Pierre-Paul Parent, psychanalyste et chercheur en éthique, lie ensemble professionnalisme et éthique professionnelle : « C'est un ensemble de valeurs personnelles, collectives ou organisationnelles servant à orienter l'action et, par conséquent, donner un sens aux activités des individus, des regroupements de personnes ou des établissements dans une perspective d'autorégulation. »²⁰ Ainsi, l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec est porteur d'une éthique professionnelle, d'un ensemble de valeurs qui donnent un sens à l'acte de soin, en même

¹⁸ Georges A. Legault (2001). *Professionnalisme et délibération éthique : Manuel d'aide à la décision responsable*. Sainte-Foy, Les presses de l'Université du Québec, p.38.

¹⁹ Danielle Blondeau (dir.) (1999). *Éthique et soins infirmiers*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, p.149-150.

temps qu'il exerce un contrôle sur ses membres. Pour conserver son affiliation, en effet, le professionnel doit traduire, par ses agirs, les valeurs véhiculées par ses pairs afin de conserver ses privilèges.

Quant à Dussault, il associe au professionnalisme «des valeurs exprimant l'idée de "conscience professionnelle" : altruisme, esprit de service, compétence ou "excellence", responsabilité ou vocation. »²¹ Nous retenons de cet énoncé de valeurs que, dans sa relation avec le client, le professionnel ne fera pas passer ses propres intérêts avant ceux de la personne à qui il s'adresse. Le professionnalisme trace donc un idéal au sens de Platon, pour qui l'homme idéal est celui qui vise l'excellence dans l'accomplissement de ses tâches.²² La vision du professionnalisme infirmier centrée sur la maîtrise des connaissances et l'expertise par des personnes habitées par un souci d'excellence s'inscrit dans une telle perspective éthique.

De plus, le professionnel a une mission sociale et il vise la reconnaissance par l'ensemble de la population. Legault, Larouche et Jutras affirment à ce propos : « Plus une personne s'identifie à ce qu'est un professionnel dans la société, plus elle serait capable de professionnalisme. »²³ Le professionnalisme est une représentation d'un agir professionnel mis au service d'autrui, et de la société en général; l'exigence institutionnelle qui découle de cette mission est l'obligation pour le professionnel de s'inscrire à un ordre professionnel reconnu par l'Office des professions, au terme d'une formation spécifique dispensée par une école reconnue ou une faculté universitaire

²⁰ Pierre-Paul Parent (2002). *Déontologie professionnelle* (Notes de cours). Rimouski, UQAR, p.188.

²¹ Gilles. Dussault (1989). « L'éthique professionnelle. » *Cahier de recherche éthique*, No.13, p.111-125.

²² Platon (1966). *La République*. Paris. GF-Flammarion.

²³ Georges A. Legault, Jean-Marc Larouche, France Jutras (2000). «Crise d'identité professionnelle et professionnalisme : la construction de l'identité.» Christiane Gohier et Christian Alin (dir.), *Enseignant / Formateur : la construction de l'identité professionnelle*, Paris, L'Harmattan, p.51.

La déontologie, comme la morale, renvoie dès lors au devoir-faire qui réfère au bien et au mal et touche les conduites professionnelles. En ce sens, le professionnalisme repose sur un ensemble de devoirs : sur l'acquisition et le maintien de **compétences spécifiques**, sur le respect de l'**autonomie** des personnes, sur la **responsabilité**, la **vigilance**, la **prudence** et l'**engagement**.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments de définition, on peut dire que le professionnalisme est à la fois étroitement lié à l'autonomie et à la responsabilité, donc à l'éthique, et en même temps au respect de normes hétéronomes, donc à la morale. C'est en ce sens que nous lisons l'affirmation de Blondeau à l'effet que l'activité professionnelle doit se conformer à des directives déontologiques basées sur des valeurs : « Le respect de la personne fait appel à l'approche holistique, l'ouverture à autrui désignée par le terme *caring* et le respect de la vie humaine qui mettent l'accent sur la protection de la vie humaine. »²⁵

Sur le plan éthique, ce sont les valeurs premières telles le caractère sacré de la vie et l'autonomie des personnes qui sont sollicitées dans l'exercice infirmier. Ces dernières gravitent autour de quatre concepts, soit la **personne**, le **soin**, la **santé** et l'**environnement**. La sécurité, le respect, la santé, l'équité et le bien-être sont d'autres valeurs tout aussi importantes, qui demandent et exigent de l'infirmière engagement et responsabilisation à l'égard de ce qu'elle souhaite accomplir face à autrui.

L'éthique fait appel à l'autorégulation de la personne vivant en société où l'existence des mécanismes juridiques hétéro-régulateurs sont présents afin d'assurer ce respect et cette

protection de la vie humaine ainsi que des autres valeurs. Sur le plan juridique, les infirmières s'approprient les normes de l'ordre professionnel (OIIQ), de la Loi sur les infirmières, de leur Code de déontologie, de la Charte des droits et libertés de la personne, du Code civil du Québec, de la Loi sur les services de santé et des services sociaux et du Code des professions. En guise de conclusion, nous reprenons les propos de Besanceney, Hono, Michot, Moreau et Quest, qui proposent cette définition globale des valeurs constitutives du professionnalisme :

Sont considérées comme valeurs professionnelles tout ce qui est individuellement désirable et tout ce qui est socialement préférable. [...] La valeur est une représentation. Et ces représentations constituent un idéal. [...] Constitué d'attitudes intérieures, de conduites qui les expriment, et qui vont permettre que ces idéaux puissent être atteints. Ces valeurs sont alors le respect, la responsabilité, et ainsi de suite.²⁶

2.2. Définition des paradigmes infirmiers

Dans le monde de la culture infirmière, les *paradigmes* infirmiers que nous connaissons aujourd'hui sont des cadres de référence fondamentaux sur lesquels s'appuient les théoriciennes pour structurer et orienter leurs recherches; ce sont des façons de concevoir l'acte infirmier en lien avec des visions globales de la relation entre les personnes en cause et le contexte où elles évoluent. Les paradigmes infirmiers ont évolué au fil du temps et font aujourd'hui l'objet de recherches et de débats très passionnants.

Nous avons recensé différentes interprétations de l'évolution des théories en soins infirmiers. Kérrouac et collègues distinguent trois paradigmes successifs, la *catégorisation*,

²⁵ Danielle Blondeau. (1986). *De l'Éthique à la Bioéthique : repères en soins infirmiers*. Montréal, Gaétan Morin éditeur, p. 81.

²⁶ J. Cl. Besanceney, R. Hono, P. Michot, D. Moreau, M. Quest (1996). *L'éthique et les soignants*. Paris, Éditions Lamarre, 2^e édition, p.21-22.

l'*intégration* puis la *transformation*, qui reflètent l'état des connaissances d'une époque et le chevauchement entre les visions.²⁷ Le *paradigme de la transformation* nous intéresse particulièrement, car il correspond à cette nouvelle manière de prodiguer le soin. Cela nous apparaît lié au contexte actuel et semble conçu en réponse à l'évolution récente de la profession infirmière et de la société.

La *catégorisation* réfère à une période du siècle dernier de la pensée infirmière; on se situe à l'ère de Florence Nightingale. Ce modèle évolue dans un univers de relations causales et linéaires où les éléments constitutifs du soin sont définis, mesurables, ordonnés et séquentiels.²⁸ Le paradigme de l'*intégration*, en continuité avec la *catégorisation*, situe l'acte infirmier dans un contexte variable constitué de multiples éléments et le représente par un ensemble de relations circulaires, interactionnelles. « On s'intéresse à la personne, on s'ouvre sur le monde. Par exemple, le contexte dans lequel se trouve une personne au moment de l'apparition d'une infection influencera sa réaction à l'agent infectieux et sa réponse au traitement. »²⁹ C'est un modèle qui est près de la pratique biomédicale actuelle — peut-être trop préoccupé par l'aspect biologique — la résolution de problèmes et le traitement. Nous avons tendance, dans ce dernier courant, à diviser l'humain plutôt qu'à y voir la personne en entier dans son unicité.

La *transformation* est un courant qui voit l'expérience de soin tel un phénomène *unique, complexe* et *global*. Parse présente ainsi cette expérience : « L'interaction entre l'humain, l'univers et la santé y est continue, réciproque et simultanée, le tout dans une perspective

²⁷ Suzanne Kérouac, Jacinthe Pépin, Francine Ducharme, Francine Major. (2003). *La pensée infirmière*. Québec, Beauchemin, p.6.

holiste. »³⁰ Kérouac et collègues avancent que : « Selon cette perspective, la conscience de soi, la nécessité d'être en contact avec son propre centre d'énergie et l'engagement au *caring* (Watson, 1997, 2002) guident la pratique infirmière. »³¹ Le paradigme de la transformation sollicite chez l'infirmière l'innovation clinique, l'autonomie dans les soins et la responsabilisation sous forme d'autonomie et d'engagement. Le soin prend la couleur du paradigme; l'emphase est placée sur la présence engagée, la vision globale et holistique, ce qui influence la perception des quatre concepts centraux par les infirmières : personne, soins, santé, environnement.

2.3 Définitions du soin infirmier

Le *Multidictionnaire de la langue française* définit le soin ainsi : « Veiller, prendre soin, penser à, charge, responsabilité. C'est aussi une manière appliquée, exacte, scrupuleuse de faire quelque chose. »³² De nos jours, le soin se traduit tel que la personne qui a besoin des soins en question le définit. L'intervention consiste désormais à *  tre avec* » la personne qu'on soigne.³³

²⁸ *Ibid.*, p.10.

²⁹ S. Kérouac, J. Pépin, D. Ducharme, F. Major. *Op. cit.*, p.25.

³⁰ Rosemarie Rizzo Parse (2003). *L'humain en devenir. Nouvelle approche du soin et de la qualité de vie*. Québec, Les Presses de l'Université Laval, p.9.

³¹ S. Kérouac, J. Pépin, D. Ducharme, F. Major. *Op. cit.*, p.21.

³² Marie-  va Villers. (1997). *Multidictionnaire de la langue française*. Montréal, Québec-Amérique, p.1339

³³ S. Kérouac, J. Pépin, D. Ducharme, F. Major. (2003). *Op. cit.*, p.15

Ainsi, dans ce contexte d'évolution de la signification du soin, les pratiques diffèrent, et ce, à l'intérieur d'un même établissement, voire à l'intérieur d'un même département, d'un professionnel à l'autre, d'une infirmière à l'autre. Globalement, soigner fait appel à l'autonomie, à l'engagement et à la responsabilité de l'infirmière qui aborde le soin au client dans une perspective de partenariat.

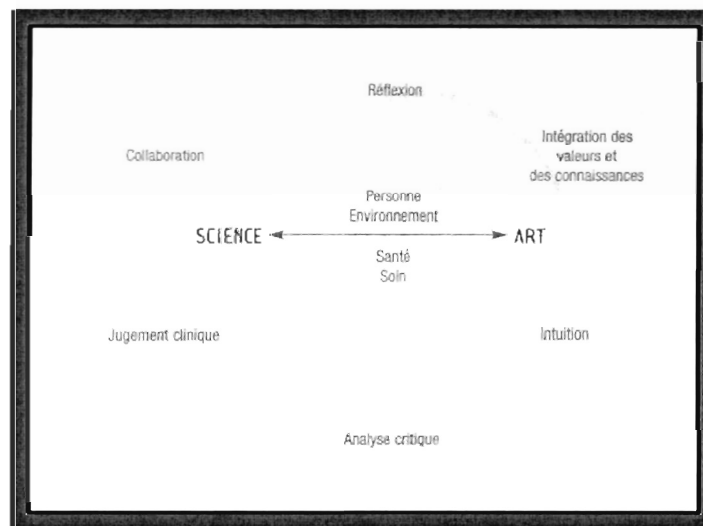
Margaret Newman propose d'utiliser le concept du « *caring* » plutôt que celui de soin. C'est une façon novatrice de concevoir le soin qui ne fait pas nécessairement l'unanimité chez les infirmières, car ce courant ne semble pas être connu ni reconnu de toutes, peut-être parce que ce paradigme fait appel à de nouveaux repères et que la connaissance n'en est pas transmise aux infirmières qui ne fréquentent pas le milieu académique. Nous souhaitons ici ajouter que les infirmières qui font partie de cette dernière école de pensée, celle de la transformation, voient la personne, la santé, le soin et l'environnement comme des concepts indissociables. En entrant en relation avec l'humain et son univers, une série d'événements peuvent se produire, l'homme co-crée son devenir. Il n'y a pas de coupures, toutes les dimensions de l'être sont reliées entre elles. La personne est en fait responsable de sa santé.

Les répercussions de ce modèle sont telles que pour certains auteurs, les infirmières y trouvent un sens à leur vie professionnelle. Cette affirmation nous interpelle puisque, à bien des égards, l'ère actuelle semble afficher une perte de sens. Marie-Françoise Collière avance à ce sujet que le soin est invisible.³⁴

³⁴ Marie-Françoise Collière. (1986). «Invisible Women as Health Care-Providers», *International Journal of Nursing Studies*, 23 (2), p.95.

Être dans le *caring* veut dire se situer dans un paradigme, qui comprend le respect de l'humain dans le processus de soin.

Dans ce même souffle, nous souhaitons mettre en lumière que c'est davantage l'aspect qualitatif du soin qui est sollicité par le patient et lorsque l'infirmière est dans le *caring* c'est ce qu'elle exprime tout en composant avec d'autres pressions du milieu. Le **tableau suivant** présente le processus de soin qui mobilise la réflexion, l'intégration des valeurs et des connaissances, l'intuition, l'analyse, le jugement clinique et la collaboration.



Source : Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, D., Major, F. (2003). *La pensée infirmière*.

Kérouac et collègues présentent neuf caractéristiques qui rejoignent la vision qui décrit la nature *qualitative* même des soins : l'infirmière fait preuve d'un engagement personnel et professionnel dans l'acte de soin; l'infirmière fait valoir le point de vue des personnes de la famille, du groupe ou de la communauté lors de l'expérience de santé et favorise le maintien de la dignité et le respect des différences par sa présence auprès de l'autre; l'infirmière favorise le

développement du potentiel de la personne qui vit des expériences de santé; l'infirmière s'inspire de connaissances spécifiques à sa discipline, qui sont issues de diverses sources de savoir, et applique à la lumière de sa compréhension de l'expérience de santé les principes scientifiques qui guident son art de soigner; en plus des connaissances spécifiques à sa discipline, l'infirmière intègre d'autres types de connaissances dans la compréhension des éléments multidimensionnels de son mandat social; l'infirmière met à profit ressources et connaissances afin de faciliter les expériences de santé de la personne, de la famille ou du groupe en tenant compte des priorités; l'infirmière exprime avec sensibilité son engagement dans le soin afin de promouvoir la santé et de favoriser la guérison; l'infirmière reconnaît et met à contribution ses propres compétences et celles de collègues qui peuvent être issues d'autres disciplines dans le but d'optimiser la qualité du soin prodigué; l'infirmière assure des soins en collaboration avec la personne, la famille, le groupe et la communauté, selon un processus heuristique.³⁵

La pratique infirmière implique la création d'un soin individualisé, l'utilisation de soi en tant qu'outil thérapeutique. Le design du soin unit le *quoi* du soin aux *comment* et fait appel à la réflexion, à l'intégration des valeurs et des connaissances, à l'intention, à l'analyse critique, au jugement clinique et à la collaboration.

Confrontées à l'évolution des valeurs de société, à la pénurie de ressources humaines en milieu de soins et aux exigences organisationnelles en transformation rapide, les infirmières se voient dans l'obligation de modifier leur pratique. Il devient nécessaire d'envisager d'autres modèles. En ce sens, la théorie du **confort** de Katharine Kolcaba, théoricienne en sciences infirmières, présente une autre approche intéressante en lien avec la pratique infirmière actuelle.

³⁵ S. Kérouac, J. Pépin, D. Ducharme, F. Major. (2003). *Op. cit.*, p.88.

« Les gestes que posent les infirmières visent à promouvoir, à rehausser, à favoriser l'harmonie entre toutes les dimensions de l'être humain et à maintenir le confort chez le patient. En résumé, l'infirmière par son savoir, son savoir-faire et son savoir-être, procure confort aux patients et aux familles grâce à des interventions nommées *mesures de confort*. » (Peterson, Bredow—Traduction libre).³⁷ Ce fait n'est pas nouveau puisqu'il a toujours été l'ultime but du soin; celui de procurer intentionnellement par une quelconque intervention une amélioration du bien-être. Déjà à l'époque de Florence Nightingale, le confort occupait une place importante dans le soin. Il existe dans l'acte de soin un moment privilégié où les personnes impliquées s'élèvent au-delà de ce qui est visible; le *caring* favorise ces expériences humaines.

Pour Katharine Kolcaba : « Les patients qui sont confortables guérissent plus rapidement, ce qui permet par ailleurs d'épargner des argents précieux à la société. Les listes d'attente peuvent être diminuées, car les personnes sont moins longtemps hospitalisées. » (Traduction libre)³⁸. À l'aube de l'ère de la transformation, la théorie du confort enrichit la pratique et la fait converger vers un idéal de soin.

Peterson et Bredow définissent la théorie de Katharine Kolcaba tel : « un phénomène nursing qui est réellement associé à des actions de nursing délibérées et affirment que la théorie du confort, aussi nommée soins de confort, décrit une philosophie de soin où les besoins *holistiques* des patients et familles sont identifiés et adressés. » (Traduction libre).³⁹

³⁷ Sandra Peterson, Timothy S. Bredow, Timothy Bradow (2004). *Middle Range Theories : Application to Nursing Research*. New York. Lippincott Williams & Wilkins, p. 256.

³⁸ *Id.*

³⁹ *Id.*

Dans les deux approches, le nursing est une évaluation intentionnelle des besoins de confort du patient, des familles ou des communautés selon une perspective holistique et une planification de mesures adaptées incluant la réévaluation du niveau de confort. Le patient est un individu, une famille ou une communauté qui a besoin de soins de santé, incluant des soins primaires, tertiaires ou des soins de prévention. L'environnement et les aspects qui entourent les patients, les familles et qui affectent le confort peuvent être manipulés pour favoriser le confort et le retour vers la santé.

Selon Katharine Kolcaba : « La santé correspond au fonctionnement optimal que procure le confort dans quatre contextes considéré dans son ensemble ou holistique : le confort physique fait référence aux sensations du corps et aux mécanismes homéostatiques; le confort psychospirituel réfère à la conscience de soi qui inclut l'estime, la sexualité et la signification de sa vie; le confort social est en lien avec les relations interpersonnelles, familiales, sociales et culturelles; le confort environnemental qui réfère aux facteurs externes de l'expérience humaine a aussi conceptualisé le confort comme l'issue du soin. » (Traduction libre)⁴⁰ Donc, l'infirmière pourra utiliser des stratégies de soins de *caring* à travers une intention d'engagement responsable.

Nous comprenons que la théorie de l'Human Caring que nous aborderons au prochain point et celle du confort sont différentes, mais elles possèdent un point de rencontre commun qui est la personne au centre des actions visant le soin, l'environnement et la santé qui sont des concepts indissociables.

⁴⁰ Katharine Kolcaba (2002). « Theory of comfort », A.M. Tomey & M.R. Alligood. *Nursing theorists and their work*. Toronto, Mosby, p.430-450.

2.4 Définition de la théorie de l'*Human Caring* selon Jean Watson

L'approche que nous aborderons maintenant prône le bien-être du patient à travers une approche humaniste et de qualité de soins. La théorie de l'*Human Caring* de Jean Watson, théoricienne en sciences infirmières, propose une façon d'être qui vise le bien-être de la personne soignée ainsi que celui de l'infirmière. Cette théorie promeut des valeurs de croissance mutuelle par l'engagement réciproque et par l'atteinte de l'harmonie de l'âme, du corps et de l'esprit. En ce sens, comme nous l'avons mentionné précédemment, le concept de soin est plus large que celui d'acte infirmier. Il comprend les dimensions de l'espace et du temps dans lesquelles des êtres humains vivent un partage de subjectivité, qui peut s'exprimer lors d'un soin de confort par exemple. Il semble d'ailleurs qu'il y ait une volonté des milieux et des instances pour intégrer cette philosophie de soins du *caring*.

Le *caring* est l'essence de la discipline, l'implication personnelle de chacun dans les relations infirmière/client, professeur/étudiant est importante en nursing. Agir délibérément avec l'intention de soutenir la personne selon ses valeurs et sa culture, c'est aussi viser l'unité et l'harmonie du corps, de l'âme et de l'esprit et donc être dans l'approche du *caring*. On y rapporte que c'est une manière fondamentale d'être dans le monde et un idéal moral. L'infirmière vivant l'expérience du moment avec son client sort d'une routine de soins cartésienne priorisant la tâche. L'école du *caring* a la qualité de ramener la personne au centre du soin même lorsque la tendance des milieux n'offre pas de conditions facilitantes. Cette conception du soin, la personne au centre, mérite que l'on s'y attarde. En ce sens, Boykin et Schoenhofer affirment ce qui suit :

Chaque humain porte en soi une intention de *caring* exprimée dans sa façon d'être et son expérience. La conception repose sur les postulats suivants : la personne, dans sa qualité d'être humain, est prédisposée au *caring*; elle le fait à un moment ou l'autre; elle est à ce moment-là en unité; le développement de la personne est un processus de vie ancré dans

le soin, qui augmente en raison de la participation de la personne à des relations de *caring*. (Traduction libre)⁴¹

Le *caring* se reflète dans l'art de soigner. Le développement de telles actions conduit les infirmières vers une pratique professionnelle de soins plus poussée en permettant la mise en place des conditions transpersonnelles et l'actualisation des compétences de l'être. À propos de la réciprocité qui émerge du *caring*, Boyd et Mast affirment que les infirmières, y compris celles qui sont en formation, doivent adopter des attitudes reposant sur le respect, la flexibilité, l'acceptation, le soutien inconditionnel, l'amitié et la disposition à accompagner la personne dans ses décisions⁴² : Le Transpersonnal *caring* Relationship signifie aller au-delà de soi pour viser la dimension spirituelle cosmique : à travers une relation authentique, un processus de guérison, on cherche à se connecter à un autre humain. L'influence de la conscience et de l'intentionnalité de l'infirmière joue un rôle important dans cette relation, à mesure qu'elle entre dans l'espace de vie de l'autre, dans un moment unique. Il faut de l'authenticité pour être présent à soi, mais aussi aux autres dans une perspective de *caring*, de guérison, de globalité et de réciprocité. Le *caring moment/caring occasion*, vient renforcer la notion de dignité, de globalité de la personne. C'est davantage par un processus relationnel empreint d'ouverture à l'autre et de disponibilité mutuelle. Watson croit que le processus de soin humain à humain implique le soin comme un idéal moral et l'engagement dans une transaction humaine de *caring*. (Traduction Libre)⁴³

Pour Fawcett, enfin, « The process of nursing is human to human *caring*. »⁴⁴

Cet idéal étant posé, il faut admettre que la relation du *caring* n'est pas simple à réaliser lorsqu'on vit dans un monde fractionné entre le travail, la vie familiale et les autres engagements, ce qui est le lot d'une majorité d'infirmières.

Retenons que l'école de l'*Human Caring* fait appel à l'art de prendre soin et se prolonge par l'art d'entrer en relation à l'intérieur du champ phénoménal du patient, qu'elle exige de la part de l'infirmière engagement et autonomie, tout en faisant appel à son sens des responsabilités. Nous

⁴¹ Anne Boykin, Sarvina Schoenhofer (1993). *Nursing as Caring: A Model for Transforming Practice*. New York, National League for Nursing Press, p.56.

⁴² C. Boyd, D. Mast (2005). « Watson's Model of Human Care. » J. J. Fitzpatrick & A. L. Whall (eds.), *Conceptual Models of Nursing : Analysis and Application*. California, Pearson/Prentice Hall, 4e édition, p.371-383.

⁴³ C. Boyd, D. Mast, *Op. cit.*, p.375.

⁴⁴ Jacqueline Fawcett.(2000). *Analysis and Evaluation of Contemporary Nursing Knowledge. Nursing Models and Theories*. Philadelphia, F.A. Davis company, p.240.

sommes d'avis que cet état de choses se concrétise dans l'action, à travers le soin, celui qui procure confort et bien-être.

Il semble que les notions du souci de l'autre et de la responsabilité prennent de nouveaux visages avec les paradigmes infirmiers récents. Leur actualisation au quotidien dans les soins infirmiers peut être cependant difficile et complexe, particulièrement dans la conjoncture de l'*éthos* postmoderne. Comme nous le verrons dans les paragraphes suivants, il est certain que la période actuelle est propice aux questionnements sur les façons dont le personnel pourra continuer de répondre à la fois aux besoins de la clientèle et à ceux de l'organisation qui a aussi des comptes à rendre.

2.5. Le contexte individualiste postmoderne

Pour introduire le concept de postmodernisme, il faut le situer en regard de celui de modernisme. La culture moderne a remplacé la morale du devoir religieux par une morale du devoir laïque. Les auteurs qui qualifient notre époque de postmoderne la définissent généralement par contraste avec les caractéristiques de la modernité. Brièvement, la **modernité**, qui a pris son essor au Siècle des Lumières, se caractérise par une forte opposition à la tradition et par la confiance dans le progrès fondé sur la capacité de la raison humaine de comprendre le monde et de le transformer, d'innover et de repousser les limites humaines. On s'en remet en quelque sorte à la puissance cognitive, morale et politique de la raison, à sa capacité de définir et de promouvoir les valeurs et les institutions propres à gouverner l'action humaine individuelle et collective et à atteindre au bonheur et à une forme harmonieuse du *vivre ensemble*. Pour y arriver, il suffit que chaque sujet moral se soumette aux règles de vie établies par la raison, qu'il les accepte comme un devoir moral et civique.⁴⁵

Le **postmodernisme** se démarque du modernisme principalement par l'abandon généralisé du sens du devoir imposé de l'extérieur au sujet moral, qui devient sa propre autorité morale, spirituelle et idéologique. L'individualisme triomphe désormais : le sujet postmoderne revendique la pleine autonomie que lui avait reconnue la conception moderne de l'humain comme être rationnel. En conséquence, les gens perdent leurs repères communs; il y a éclatement des référents moraux et idéologiques en une pluralité d'options. En l'absence d'un horizon commun, il devient difficile de rêver, car demain est vide d'un sens partagé.

Toutefois, comme à l'ère moderne, la science et la technologie continuent de jouer un rôle déterminant, elles dominent notre manière de transformer le monde et de résoudre nos problèmes au quotidien, ce qui est particulièrement manifeste dans le domaine de la santé. La culture postmoderne est aussi celle du *feeling* et de l'émancipation individuelle élargie à toutes les catégories d'âge et de sexe.⁴⁶ L'être postmoderne doit être « cool », décrispé, flexible, décontracté, permissif et tolérant. On choisit sa vie à la carte selon ses intérêts. Les individus ramènent tout à eux. Dans le même ordre d'idées, Jean-François Malherbe explique :

Afin de souligner la différence entre modernité et postmodernité, mettre la première au singulier et la seconde au pluriel. Il y a des postmodernités. Il ne s'agit plus de la Raison mais d'une multiplicité d'interprétations. Par « postmodernité », j'entendrai l'état ou le style d'une société qui est profondément désillusionnée par l'échec de la modernité. Au souci de l'universel se substitue un repli sur l'individualisme et le pluralisme : on ne vise plus à constituer une communauté de pensées, mais chaque individu est disposé à payer le prix de la tolérance pour pouvoir penser à sa façon sans même devoir entrer en discussion avec d'autres.⁴⁸

L'avènement de l'individualisme postmoderne, tel que décrit selon les paramètres précédents, constitue une piste majeure pour développer notre question de recherche, pour analyser les différences observées au niveau de l'agir des infirmières. Il conviendra en particulier de s'interroger sur la place accordée par les infirmières aux notions de responsabilité et d'engagement qui se situent au cœur des réflexions sur le professionnalisme et des paradigmes théoriques récents des soins infirmiers. Poursuivons la réflexion sur l'individualisme.

L'**individualisme** postmoderne se caractérise par une revendication forte de la liberté de choisir. Pour Alexis de Tocqueville, la culture démocratique était déjà porteuse de

⁴⁵ Voir à ce propos Gilles Lipovetsky (2002). *Métamorphoses de la culture libérale*, Montréal, Liber, p.31-51.

⁴⁶ Gilles Lipovetsky. (1983). *L'ère du vide : Essais sur l'individualisme contemporain*. Paris, Éditions Gallimard, p. 32.

⁴⁸ Jean-François Malherbe (1997). *La conscience en liberté, apprentissage de l'éthique et création de consensus*.

l'individualisme, compris comme le sentiment réfléchi agréable et paisible dont dispose chaque citoyen à s'isoler de la masse de ses semblables et à se retirer à l'écart de sa famille et ses amis de telle sorte qu'après s'être créé une société à son visage, il abandonne volontiers la grande société à elle-même.⁴⁹

L'**homme** contemporain **individualiste** est en quête de sens, en croisade à travers le temps. C'est un homme souffrant, mais de maux qu'il ignore, et dont il perçoit les conséquences comme autant de désordres surgissant dans la vie personnelle et sociale avec la trahison des infortunes inexplicables :

Il est conscient du mal sous toutes ses formes, mais plus désarmé pour le comprendre et donc, pour le combattre [...] rejetant, souvent avec raison, les prophètes, les théologiens et les maîtres-penseurs, mais ne sachant vivre sans eux, [...] parce qu'ayant droit à tout il n'est comblé par rien et parce qu'insatisfait, il ignore jusqu'au nom de ce qu'il cherche.⁵⁰

Lipovetsky présente deux logiques ou orientations morales possibles des comportements individualistes : « D'un côté, l'individualisme attaché aux règles morales, à l'équité; de l'autre, l'individualisme du chacun-pour-soi et après moi le déluge; soit, en termes éthiques individualisme responsable contre individualisme irresponsable. »⁵¹ Il est indéniable devant un tel mode de pensée que l'on attend beaucoup de l'État qu'il régule, qu'il impose et qu'il sanctionne. Après le culte du devoir surgit celui de la justice sociale.⁵²

Montréal, Fides. p.13-14.

⁴⁹ Alexis Tocqueville (1961). *De la démocratie en Amérique*. Paris, Gallimard, p.19.

⁵⁰ Gilles Lipovetsky (1983). *L'ère du vide : Essais sur l'individualisme contemporain*. Paris, Gallimard, p.22.

⁵¹ Gilles Lipovetsky (1992). *Le crépuscule du devoir*. Paris, Gallimard, p. 19.

⁵² *Id.*

Prenant appui sur cette distinction, nous nous interrogeons sur la présence d'un clivage dans la pratique infirmière et sur l'impact de ce changement sur les valeurs de la profession. S'il existe des dissimilitudes au niveau de l'interprétation de la réalité, du vécu émotif, de la multiplicité des modèles infirmiers, l'adhésion à l'une ou l'autre forme d'individualisme ajoute davantage de complexité à l'évolution de la pratique infirmière. C'est donc sur ces paramètres que nous poursuivons notre réflexion, puisque selon Legault, Larouche et Jutras : « En tant qu'idéaux, les valeurs professionnelles ne peuvent survivre que dans une culture professionnelle qui s'interroge sur ses finalités. »⁵³

2.6. La responsabilité : une dynamique individuelle et sociétale

Selon Marie-Éva Villers, la définition de **responsabilité** est : « Obligation de remplir un engagement, de répondre de quelque chose, d'en être garant »; celle de **responsable** : « Qui doit s'occuper de quelqu'un qui doit répondre de ses actes. »; et celle d'**engagement** : « Une promesse, parole, pacte, serment. Le fait de prendre position, de travailler au service d'une cause. »⁵⁴ Cette terminologie générale est certes pertinente dans une recherche sur la profession infirmière, qui comporte une dimension déontologique importante. Elle nous met sur la piste de la responsabilité comme imputation causale des actes, selon les termes de Hans Jonas :

La responsabilité comme imputation causale des actes commis. La condition de la responsabilité est le pouvoir causal. L'acteur doit répondre de son acte : il est tenu pour responsable des conséquences et le cas échéant on lui en fait porter la responsabilité. Cela a d'abord une signification juridique et non à proprement parler une signification morale. [...]

⁵³ Georges A. Legault, J.M. Larouche, F. Jutras (2000) « Crise d'identité professionnelle et professionnalisme : la construction de l'identité. » Christiane Gohier et Christian Alin (dir.), *Enseignant/Formateur : la construction de l'identité professionnelle*, Paris, L'Harmattan, p. 53-70.

⁵⁴ Marie-Éva Villers. (1997). *Multidictionnaire de la langue française*. Montréal, Québec-Amérique, 3^e Édition, p.

Bref, la « responsabilité » comprise ainsi ne fixe pas elle-même des fins, mais elle est l'imposition tout à fait formelle sur tout agir causal parmi les hommes, exigeant qu'on puisse demander des comptes.⁵⁵

Cela dit, il faut introduire une distinction importante : en éthique, si la notion d'obligation est invoquée, c'est pour désigner celle que l'on se reconnaît à soi-même et qui ne comporte pas de connotation de coercition ou de sanction. Denis Müller exprime ainsi la notion de responsabilité éthique :

Que serait en effet une responsabilité sans conviction(s), une éthique volontaire et engagée, taillée dans le silex du devoir, si elle ne s'appuyait, en amont et en aval, dans notre vie de tous les jours comme dans nos croyances, nos pratiques et nos métiers, sur l'ordre de la conviction et des représentations symboliques par lesquelles nous donnons sens à nos actes, à nos décisions et à nos comportements? ⁵⁶

Mais au-delà de cette conception plus théorique de la responsabilité éthique, qui nous paraît bien convenir aux paradigmes infirmiers étudiés précédemment, il faut voir la dimension culturelle ou sociétale de la responsabilité attribuée à l'individu. Comme nous l'avons mentionné plus tôt, certains philosophes décrivent une nouvelle façon de se responsabiliser et de s'engager qui serait la conséquence d'une nouvelle culture individualiste et hédoniste, caractéristique de l'*éthos* postmoderne. À ce propos, il est intéressant de rappeler que pour Durkheim, l'éthique débute là où commence la vie en groupe.⁵⁷ Dès lors, lorsque nous entrons en contact avec

539.

⁵⁵ Hans Jonas. (1995). *Le principe responsabilité*. Paris, Flammarion, p. 179 et 181.

⁵⁶ Müller, Denis (1998). *Les éthiques de responsabilité dans un monde fragile*. Montréal, Fides, p. 13.

⁵⁷ Émile Durkheim. (1974). *Sociologie et philosophie*. Paris, PUF, p.71.

d'autres, c'est notre agir qui fait foi de ce que nous sommes en tant que sujets moraux, qui manifeste notre manière d'adhérer aux valeurs de responsabilité, d'engagement, de respect, etc. C'est donc en gardant à l'esprit cette dimension sociétale des valeurs que nous poursuivons l'exploration du concept de responsabilité individuelle.

2.7. L'individualisme responsable selon Gilles Lipovetsky

Nous venons de mettre en lumière le contexte évolutif d'un homme en plein processus de personnalisation, qualifié de narcissisme par quelques auteurs, bien souvent selon une connotation négative. On peut l'imaginer centré sur ses seuls besoins, peu à l'écoute des autres, de tendance opportuniste. Il privilégie l'hédonisme, il vit une transformation dans sa manière de vivre sa liberté et son autonomie. Ses comportements ne sont plus gérés par la tyrannie des détails, il expérimente une diminution des contraintes et plus grande liberté de choix.⁵⁸

La surabondance de l'information, de la technologie, de la luxure, etc., a tendance à rendre cet homme léthargique, engourdi et indifférent. Il est difficilement impressionné par la vie, il est apathique. Son apothéose est cette liberté de pensée, de choix, au sein d'une culture donnant place aux droits de l'homme, à l'autonomie et l'individualisme. Son indifférence pourrait bien être interprétée comme étant de l'inconscience, mais elle est en fait une nouvelle conscience. L'homme indifférent ne s'accroche à rien, n'a pas de certitude absolue, s'attend à tout et ses opinions sont susceptibles de modifications rapides.⁵⁹ Narcissique, souverain et décideur de ses actions, cet homme est bien placé pour connaître ses besoins; par contre, l'envers de la médaille peut lui offrir solitude et quête d'identité.

Jusqu'à présent, nous avons décrit l'homme contemporain postmoderne comme un être narcissique indifférent, hédoniste et individualiste en recherche d'authenticité. Cet homme soucieux de son **MOI** aime la liberté, et il est prêt à la payer cher. Certains soutiennent qu'il est

⁵⁸ Gilles Lipovetsky (1983). *L'ère du vide : Essais sur l'individualisme contemporain*. Paris, Éditions Gallimard, p.10.

⁵⁹ Op.cit., p. 62.

insensible à la souffrance d'autrui et qu'il est égoïste. Dans un tel contexte, comment et à quel prix exerce-t-il ce droit et quelle part de responsabilité envers autrui s'attribue-t-il? L'individualisme peut-il être responsable? Pour Lipovetsky, l'individualisme produit deux effets inverses et cependant complémentaires : l'indifférence à l'autre et la sensibilité à la douleur de l'autre.

Afin de maintenir et de protéger ce privilège de liberté, il est certes impératif de respecter les normes qui la rendent possible, mais aussi de percevoir les valeurs qui se trouvent à la base. Il n'y a aucun doute sur la nécessité de composer avec des instances régulatrices, mais ce sont les assises qui doivent être estimées. À ce propos, Guy Giroux ⁶⁰ croit que nous aurions tort de réduire l'éthique ou la morale à la seule conscience personnelle. Il dit aussi que la vie se construit sur des aspirations individuelles et collectives qui témoignent du fait que certaines valeurs sont partagées. Cet auteur voit en l'autorégulation la seule option possible en société faisant référence à l'éthique de la responsabilité définie par Lipovetsky.

Selon ce dernier, l'individualisme libéral n'est pas enterré, il prend la voie de la responsabilisation. Les individus sont soucieux de leur environnement, et à travers l'autonomie, la modération et la réserve, ils demeurent centrés sur leur santé et sur leur bien-être. Ils ne sont plus du tout animés par les valeurs passées, l'engagement naît à partir de ce qu'ils choisissent comme valeurs importantes, notamment l'harmonie et la perfection, l'idéal, la justice et le confort. Nous croyons que ce désir d'esthétisme, par exemple au niveau de la forme physique, conduit l'individu à tout mettre en œuvre pour atteindre l'objectif, car il a une répulsion pour ce

⁶⁰ Guy Giroux (dir.) (1997). *La pratique sociale de l'éthique*. Montréal, Éditions Bellamin, p.17.

qui n'est pas harmonieux. Il rencontre le nouveau construit de sa conscience en agissant certes selon les normes publiques, mais en conservant ses idées bien arrêtées sur ce qu'il souhaite pour lui-même.

Finalement, il est aisé de qualifier négativement l'*individualisme* et de le situer aux antipodes de la notion de *responsabilité*. Parce que le sujet moral ne répond pas à de critères de comportement établis, on le traite d'irresponsable; or il n'en est rien, soutient Lipovetsky, le sujet moral réagit tout simplement à ses nouveaux repères. Il pose un regard différent sur les faits de sa vie. Son rapport à l'autre n'est plus motivé par la peur du châtement. À aucun moment, nous n'excluons la possibilité qu'un comportement irresponsable puisse exister chez les humains, mais globalement, notre réflexion nous conduit vers une vision qui semble certes plus compatible à la vie actuelle en société.

Sur la base de ces repères, nous avons déjà fait état que l'homme individualiste est celui qui a bâti sa vie sur ses croyances personnelles d'abord. Il a décidé que sa qualité de vie est ce qui importe le plus; il prend davantage soin de lui, ce que ses prédécesseurs n'ont pas fait ou jugé important de faire. Peu patient, il conduit ses propres batailles en solitaire. Seul, il est sévère pour les autres et surtout pour lui-même, car ses critères et ses standards sont très élevés. Il est très difficile à satisfaire. Il attend beaucoup de l'État. Il est celui qui a décidé de veiller sur ce qui l'entoure en passant d'abord par lui-même. Nous pensons qu'il est peut-être ainsi mieux disposé envers les autres, puisque son souci de l'autre se situe dans le prolongement d'un processus authentique. Son expression ou son action dans la réalité se veut unique, équilibrée et vraie, puisqu'il n'aspire à poser que les gestes qu'il légitimise. Il est capable de s'engager dans un

événement non pas par obligation, par conformité ou par peur, mais par conviction et confiance en ces nouveaux repères. Son action vise alors le bien-être d'autrui, la convivialité représentant en quelque sorte une définition assez juste de l'individualisme responsable. L'individu responsable n'est pas asocial, ni celui qui s'isole sur une île déserte, mais il n'est pas non plus celui qui se fond à la masse. Pour Lipovetsky, ses intérêts collectifs sont miniaturisés et hyperspécialisés.⁶¹ Car il vit la désaffectation des grands systèmes de sens. Il se distingue par son autonomie, ses convictions, l'expression de son unicité et sa manière d'exprimer son individualisme responsable. Il recherche la qualité de la vie, il a la passion de la personnalité, il a une sensibilité verte.⁶²

En conclusion de ce chapitre, les différents repères conceptuels que nous avons présentés servent d'assise à notre lecture de l'évolution des valeurs des infirmières, qu'ils touchent au professionnalisme, aux paradigmes du soin infirmier, aux deux théories de soin, le confort et le *Human Caring*, au contexte postmoderne, ou à l'individualisme responsable, . Ces éléments seront repris dans le chapitre suivant, au moment d'exposer notre méthodologie de recherche.

⁶¹ Gilles Lipovetsky (1983). *L'ère du vide : Essais sur l'individualisme contemporain*. Paris, Éditions Gallimard, p.21.

⁶² *Op. cit.*, p.17.

CHAPITRE III

APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

Notre recherche a pour objectif principal d'exposer, si elle existe, une différence entre les infirmières qui arrivent sur le marché du travail et celles qui y sont déjà, au niveau des valeurs, des paradigmes privilégiés lors de la pratique, de la notion de responsabilité, de l'expérience de travail, ainsi que des opinions, les attitudes et les croyances par rapport à la profession. Le changement des pratiques infirmières est un sujet à la mode qui fait l'objet de nombreuses études, mais, à notre connaissance, il y a peu ou pas de recherches élaborées portant sur l'évolution récente des valeurs des infirmières selon les différents groupes d'âge.

En termes de méthodologie de recherche, il s'agit d'une étude transversale et exploratoire. Dans une étude exploratoire, le chercheur accumule le plus d'informations possible de façon à cerner les divers aspects d'une situation, dans une visée descriptive qui consiste à rechercher des données et à décrire un phénomène sans chercher à en établir précisément et objectivement les causes.⁶³ Une étude est transversale quand elle s'applique à diverses catégories d'objets (ici ce sont des personnes), en vue d'établir des liens entre elles. La recherche descriptive peut s'effectuer selon quatre grandes approches : l'étude descriptive simple, l'étude comparative, l'étude de cas, l'enquête.⁶⁴

⁶³ Fabienne Fortin, Elizabeth Taggart, Suzanne Kérouac, Serge Normand (1988). *Introduction à la recherche. Auto-apprentissage assisté par ordinateur*. Montréal, Éditions Décarie, p. 306.

⁶⁴ *Ibid.*, p.205.

Dans le cadre de notre étude, nous avons choisi d'aller au-delà de la description simple du phénomène de l'évolution des valeurs chez les infirmières, pour tenter de mettre éventuellement en relief certaines composantes de leur éthos, sans toutefois prétendre à la description sociologique objective. Nous avons alors deux grandes options : procéder par entrevues semi-dirigées ou par enquête sur questionnaire. La méthode du questionnaire d'enquête a été retenue pour établir d'abord l'existence d'une différence de valeurs entre les groupes d'âge avant de chercher à les explorer au moyen d'entrevues. D'ailleurs, le fait que les répondantes sont issues de plusieurs établissements au Québec posait un problème de logistique.

Notre choix comporte peut-être l'inconvénient d'aller moins en profondeur dans l'exploration de l'éthos des infirmières, mais l'enquête a aussi ses avantages, dont ceux que mentionnent Fortin, Taggart, Kérouac et Normand :

[...] elle peut être effectuée auprès de grands groupes de sujets ou de groupes plus restreints tout en s'assurant de sa représentativité par rapport à la population étudiée [...]. En utilisant des outils valables et des échantillons représentatifs de la population, l'enquête permet d'obtenir rapidement, et avec un degré de précision acceptable, des données se rapportant à de grands effectifs situés dans des zones géographiques étendues.⁶⁵

Rappelons enfin à propos de notre choix méthodologique, que selon Polit et Hungler, le terme enquête désigne toute activité de recherche au cours de laquelle le chercheur recueille des données auprès d'une portion de la population en vue d'en examiner les caractéristiques, opinions ou intentions.⁶⁶

⁶⁵ Fabienne Fortin, Elizabeth Taggart, Suzanne Kérouac, Serge Normand. (1988). *Op. cit.*, p.211.

⁶⁶ D.F. Polit, B.P. Hungler. (1987). *Nursing Research : Principles and methods*, Troisième édition, Philadelphie, J.B. Lippincott Co., p.211.

Dans le cas de notre enquête, nous tentons de décrire les manifestations d'une évolution des valeurs chez les jeunes infirmières en regard de leur aînées, et de cerner de quelle façon elle se manifeste à travers l'agir infirmier dans sa relation d'aide et de soins, en prenant pour grille d'interprétation la thèse de l'individualisme responsable de Gilles Lipovetsky.

3.1. Constitution du questionnaire d'enquête

Notre questionnaire comporte une page d'introduction (voir annexe 8) et 19 questions dont 11 demandent une réponse brève. Les autres questions prévoient un développement de deux ou trois lignes. Au total, cinq questions fournissent des renseignements de type sociodémographiques, c'est-à-dire le nombre d'années de service, le niveau de scolarité obtenu, le quart de travail du poste occupé, l'âge et le sexe de la personne. Les questionnaires peuvent servir à connaître des faits relatifs aux sujets, ou à des événements (ou situations) connus du sujet; ce peut également être des faits qui concernent des croyances, des attitudes, des opinions ou des intentions du sujet.⁶⁷

De plus, deux questions comportent des mises en situation et deux citations de Gilles Lipovetsky sur la responsabilité et l'engagement qui nous intéresse. Pour ce qui est du reste, ce sont des questions ordinales qui font surtout référence aux valeurs personnelles et professionnelles des répondantes.

La logique derrière les premières questions, 1), 2), 3), 18), 19), est d'obtenir des informations à teneur sociodémographique sur les infirmières prenant part à l'étude; 1) *Depuis*

combien d'années exercez-vous la profession d'infirmière? 2) Quel niveau de scolarité le plus élevé avez-vous obtenu? 3) Vous travaillez principalement sur quel quart de travail? 18) Vous appartenez à quel groupe d'âge? 19) Vous appartenez à quel sexe?

Les questions 4), 5) et 6) demandent à la personne d'exprimer ses valeurs professionnelles et personnelles. Elles se présentent sous la forme de questions à choix multiple, de questions demandant des synonymes et d'une question ouverte; 4) *Le code de déontologie est là pour sanctionner. Dites jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec l'énoncé.* 5) *Parmi la liste suggérée, inscrivez en un mot à quoi cela fait référence pour vous.* 6) *Nommez 2 valeurs que vous identifiez dans votre milieu de travail.*

Les questions 7), 8), 9), 10), 11) et 12) s'adressent davantage à la dimension professionnelle, comment l'infirmière voit le soin, comment elle l'articule et ce que sont les actions posées en 2006. La question à choix multiples 7) *Le caring est l'essence de la discipline infirmière* permet de commencer à identifier les paradigmes infirmiers et d'anticiper un peu sur les valeurs et croyances professionnelles. 8) *En deux ou trois phrases : Quel est le rôle de l'infirmière en milieu hospitalier?* Cette question ouverte retravaille les paradigmes, mais permet une double vérification lorsque le *caring* est un concept peu ou pas connu de la personne. Nous avons aussi estimé que cela permettrait d'obtenir des réponses beaucoup plus larges. 9) *Que signifie l'expression : « engagement professionnel »? Que signifie l'expression : « engagement personnel »?* Ces questions sur les concepts d'engagement et de responsabilité constituent une prémisse à la citation de Lipovetsky que nous présentons plus loin à la question 17). De plus,

⁶⁷ Fabienne fortin, Elizabeth Taggart, Suzanne Kérouac, Serge Normand (1988). *Op. cit.*, p.305.

regarder si les comportements ou les attitudes par rapport à l'engagement diffèrent en raison de l'âge, de l'expérience ou d'autres facteurs, fait partie de notre intérêt.

Les deux questions suivantes, 10) et 11), visent à faire ressortir les individus qui ont des bonnes pratiques, mais dont l'observance est davantage basée sur la peur de la sanction au travail. En voici le libellé : 10) *L'aspect ou les aspects que je privilégie lorsque je suis auprès d'un patient sont : Le confort; La sécurité; L'aspect légal ; La prescription médicale ;* 11) *L'aspect ou les aspects que les autres privilégient lorsqu'ils sont auprès d'un patient sont : Le confort; La sécurité; L'aspect légal ; La prescription médicale.* Quant à la question à choix multiples 12) *L'infirmière est l'experte vis-à-vis du patient. Dites jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec l'énoncé, elle fournit globalement des indices sur les paradigmes, sur l'autonomie, sur les valeurs, sur les croyances et sur l'importance que l'infirmière donne à sa profession, selon son groupe d'âge. L'infirmière experte affichera vraisemblablement un comportement correspondant à son expertise...* La question 13) *En deux ou trois phrases, quelle est votre définition du soin?*, quant à elle, ajoute à la perception qu'ont les infirmières d'elles-mêmes.

Les questions suivantes, 14), 15), 16), et 17), servent à circonscrire une définition du soin, de l'engagement, de la responsabilité et de l'autonomie des infirmières de l'étude. Quant à la question 14) *La discipline infirmière est scientifique*, nous avons constaté après coup qu'elle aurait pu être éliminée, car elle n'ajoute pas d'information nouvelle aux questions précédentes.

Pour les histoires de cas en 15) Vous êtes au travail et vous voyez une personne commettre une faute. Que faites-vous? et en 16) Vous êtes étudiante infirmière en stage sur un département. Vous connaissez maintenant les principes reliés à l'action de donner une médication à un patient. Vous allez demander un service à une consœur de stage. Au moment où vous entrez dans la chambre, vous apercevez cette dernière ramasser des comprimés du sol et les remettre dans le contenant de carton afin de les offrir à nouveau au patient. Que faites-vous? Ce sont des demandes de positionnement par rapport à une situation professionnelle. Nous faisons appel au jugement clinique, à l'expérience, aux valeurs et aux paradigmes que l'infirmière met en branle pour solder ces situations.

Finalement à la question 17) Voici une citation d'un philosophe moderne qui se questionne sur les changements de valeurs de la société : « *La responsabilisation doit être collective et s'exercer dans tous les domaines du pouvoir et du savoir, mais aussi individuelle, car il nous revient en dernier recours d'assurer cette autonomie que la modernité nous a léguée.* » (2004) En utilisant le concept de la « responsabilisation » extrait de la citation, quel lien faites-vous avec votre pratique ou la profession infirmière? « *La responsabilisation doit être collective mais aussi individuelle* ». En utilisant le concept de l'« autonomie » extrait de la citation, quel lien faites-vous avec votre pratique ou la profession infirmière? « *Il nous revient en dernier recours d'assurer cette autonomie que la modernité nous a léguée.* » Plus nous progressons vers la fin du questionnaire, plus les interrogations amènent vers ces deux concepts la responsabilisation et l'autonomie.

Notre instrument de mesure a un degré de **validité** adéquat, car l'évaluation qu'il permet reflète bien les concepts que l'on veut mesurer. La **fidélité** à notre questionnaire désigne la précision et la constance des résultats qu'il fournit (Fortin, Taggart, Kérouac et Normand, 1988).⁶⁸

Le questionnaire d'enquête a fait l'objet d'un prétest auprès de dix infirmières en exercice provenant de milieux divers, CLSC, CHSLD, etc. L'analyse des dix questionnaires a indiqué que les questions semblaient claires pour les personnes. Il faut préciser à cet égard qu'il s'agit d'un questionnaire nouveau, constitué sans modèle préétabli, et qu'avant d'être prêt pour le prétest, il a nécessité plusieurs modifications et reformulations. C'est principalement au chapitre de la formulation des questions que nous avons concentré nos efforts, car cela demande beaucoup de rigueur, puisque l'on recueille l'essentiel de notre information, de nos données à partir de cet outil. En cours d'élaboration, il a fallu constamment se demander si nos questions pourraient permettre d'obtenir de l'information consistante et précise sur ce que nous tentons de dégager.

Enfin, précisons que notre prétest s'est limité à dix personnes parce que nous n'avons pas estimé que nous obtiendrions des réponses différentes avec un plus grand nombre de répondantes. Nous avons donc décidé d'utiliser le questionnaire d'enquête tel qu'il avait passé l'épreuve du prétest. Le petit nombre de dix participantes au prétest indique aussi pourquoi nous n'avons pas fourni de mesures statistiques pour ces prétests.

⁶⁸ Fabienne Fortin, Elizabeth Taggart, Suzanne Kérouac, Serge Normand (1988). *Op. cit.*, p.293.

3.2. Population à l'étude

La première cohorte à l'étude est une population étudiante. Pour des raisons de faisabilité, nous avons retenu les 62 infirmières finissantes du Cégep de Lévis-Lauzon. Dans ce cas-ci, les individus correspondaient en tous points à nos critères d'inclusion. Ils étaient âgés d'au moins 18 ans, en étaient à leur dernière année du programme de techniques infirmières, suivaient un cours d'éthique professionnelle et démontraient un intérêt à participer à notre étude.

Le deuxième groupe est composé d'une cohorte de 62 infirmières en pratique et intéressées à participer à l'étude. Elles sont expérimentées et en provenance de différents lieux et milieux de travail afin d'obtenir un éventail plus large de réponses. Au terme de l'étude, nous souhaitons atteindre des résultats se rapprochant de la réalité. Nous pensons aussi, qu'en termes de potentiel, ce groupe apportera beaucoup d'informations au niveau des valeurs et du vécu de soignantes expérimentées auprès de la clientèle.

Sur le plan méthodologique, cet échantillonnage est suffisant puisque nous avons sollicité des personnes de groupes d'âges différents, d'expériences professionnelles variées, de lieux distincts. Nous avons une bonne représentation de la population globale. De plus, les réponses nous sont parvenues de plusieurs endroits au Québec, que ce soit de Montréal, du Lac-Saint-Jean, etc. Nous avons cessé de compter les questionnaires après 80, mais d'autres continuaient d'arriver, au total nous en avons obtenu 102. Nous ne pensons pas que la cumulation de ces autres exemplaires aurait enrichi nos résultats.

En résumé, notre échantillon provient de diverses régions du Québec et de divers établissements de santé, des milieux public et privé. Les seuls critères d'exclusion étaient le fait que les participantes aient cessé de pratiquer comme infirmière et que leur résidence et lieu de travail soient situés à l'extérieur de la province de Québec. Ces facteurs auraient introduit différents biais à notre étude et auraient pu invalider nos résultats. Nous croyons que cette méthode aléatoire permet d'éviter les biais, car les gens qui choisissent de participer sont libres, ils ne le font pas par gêne. Les moyens du téléphone, du courriel et de la poste permettent cet anonymat. On peut dire qu'il n'y a pas de biais de sélection. Par contre, cette méthode n'est pas sans faille, car nous devons nous en remettre à la bonne foi des personnes en ce qui concerne les critères d'inclusion ou d'exclusion, mais il est peu probable que de fausses déclarations se rencontrent dans ce genre d'étude.

3.3. Modalités et réalisation de cueillette

Le premier groupe est rencontré le matin et le questionnaire est d'abord distribué auprès de **62 infirmières finissantes** du Cégep de Lévis-Lauzon, suite à l'autorisation reçue et l'intérêt exprimé par une enseignante en soins infirmiers. Un consentement écrit est signé par chacune des étudiantes avant de remplir le questionnaire. Elles sont rencontrées dans le cadre d'un cours d'éthique professionnelle en soins infirmiers. Le deuxième groupe d'étudiantes, celui de l'après-midi, pour des raisons de logistique, a été pris en charge par l'infirmière enseignante du cours d'éthique. Une semaine plus tard, nous avons en main les 62 questionnaires remplis par les étudiantes.

Auprès du groupe de **62 infirmières en exercice** principalement dans la région de Québec, le recrutement des sujets est fait de façon aléatoire, sur une base volontaire, de bouche à oreille, par téléphone et finalement par l'envoi de courriel. Nous leur avons ensuite acheminé, selon le mode d'expédition de leur préférence, le consentement, le questionnaire et les consignes qui exigeaient entre autres que le questionnaire ne soit pas rempli au travail. Cette dernière mention est en cohérence avec le fait qu'il y a peu de temps au travail consacré à d'autres actions qu'à l'exercice infirmier.

Nous avons aussi sollicité l'aide de ces 62 infirmières, afin qu'elles remettent à trois personnes qui le souhaitent, les trois documents nécessaires : les consignes, le consentement et le questionnaire. L'exigence fut que les questionnaires ne soient pas apportés dans le lieu de travail pour sollicitation pour les mêmes raisons que celles mentionnées précédemment (pas de temps alloué pour remplir ces questionnaires dans les milieux de travail).

CHAPITRE IV

ANALYSE DES DONNÉES

Cette section du mémoire présente les résultats du questionnaire d'enquête. Le questionnaire brut comportant au total les vingt et une questions est présenté à l'annexe 8. Les onze questions ne nécessitant pas de développement sont converties en pourcentage. Pour les autres, tous les énoncés des participantes sont rapportés tel quels sauf lorsque les réponses sont identiques. Les analyses statistiques détaillées des résultats sont regroupées dans les annexes. Pour les résultats d'enquête des étudiants du Cégep de Lévis-Lauzon, voir l'annexe 2; pour les infirmières expérimentées, l'annexe 5; pour les cinq ans et moins d'expérience, l'annexe 3; pour les six à dix ans d'expérience, l'annexe 4; pour les onze ans et plus d'expérience, l'annexe 6 et finalement, voir l'annexe 7 pour les infirmières âgées de 51 ans et plus.

Le premier échantillon constitué pour notre étude est un groupe d'étudiantes finissantes en techniques infirmières du Cégep de Lévis-Lauzon. Ces 62 élèves en sont à leur dernière session. Elles se composent de femmes à 85 % et d'hommes à 15 %. La répartition au niveau de l'âge est majoritairement située entre **89 %** chez les 30 ans et moins, et **13 %** chez les 31 à 40 ans.

Tableau 1. Mesures sociodémographiques chez les étudiantes et les infirmières en %.

Groupe d'âge						
	Étudiant(e)s	Infirmières ayant 5 ans et moins d'expérience	Infirmières ayant 6 à 10 ans d'expérience	Infirmières expérimentées	Infirmières ayant 11 ans et plus d'expérience	Infirmières 51 ans et plus
30 ans et moins	89 %	75 %	75 %	26 %	0 %	0 %
31 à 40 ans	13 %	25 %	25 %	24 %	21,4 %	0 %
41 à 50 ans	0 %	0 %	0 %	27,4 %	43 %	0 %
51 ans et plus	0 %	0 %	0 %	23 %	36 %	100 %

Le deuxième groupe, celui des 62 infirmières et infirmiers expérimentés, est composé de femmes à 89 %, d'hommes à 11 % et provenant des groupes d'âge suivants : 26 % pour les 30 ans et moins; 24 % pour les 31 à 40 ans; 27,4 % pour les 41 à 50 ans et 23 % pour les 51 ans et plus.

Tableau 1a. Mesures sociodémographiques chez les étudiantes et les infirmières qui ont participé à l'étude en %.

	Étudiant(e)s	Infirmières ayant 5 ans et moins d'expérience	Infirmières ayant 6 à 10 ans d'expérience	Infirmières expérimentées	Infirmières ayant 11 ans et plus d'expérience	Infirmières 51 ans et plus
Féminin	85 %	88 %	83,3 %	89 %	90,4 %	87 %
Masculin	15 %	13 %	17 %	11 %	7,1 %	13 %

D'après les 80 questionnaires retournés et la qualité de participation de l'ensemble des étudiantes en techniques infirmières, le taux de participation des infirmières expérimentées est plus que satisfaisant, puisqu'il s'établit à 100 % (et même à 129 %, si l'on considère les 80 réponses reçues pour 62 répondantes ciblées).

Pour affiner notre recherche et explorer les différentes avenues de notre étude, nous avons créé quatre sous-groupes au niveau des infirmières expérimentées qui sont présentés au Tableau 2 : les cinq ans et moins d'expérience qui comptent pour 13 %; les six à dix ans d'expérience pour 21%; les infirmières ayant onze ans et plus d'expérience comportant le pourcentage le plus élevé, soit 68 %, et les infirmières âgées de 51 ans et plus, 23 %.

Tableau 2. Expérience de travail des infirmières qui ont participé à l'étude en %.

Catégorie	%	Nombre de personnes
Étudiant(e)s	100 %	62
Infirmières expérimentées	100%	62
5 ans et moins	13 %	8
6 à 10 ans	21 %	12
Infirmières ayant 11 ans et plus d'expérience	68 %	42
Infirmières de 51 ans et plus	23 %	15

Le Tableau 3 présente d'autres caractéristiques sociodémographiques sur les sujets interrogés, en rapport avec le niveau de formation académique obtenu. Dans un premier temps, nous avons l'échantillon des 62 étudiantes en techniques infirmières qui représente 100 % de cette catégorie. Notons que 23 % d'entre elles ont fait des études antérieures au niveau collégial dans d'autres concentrations et 6,4 % au niveau universitaire.

Tableau 3. Niveau de formation des infirmières qui ont participé à l'étude en %.

Niveau de formation	Étudiant(e)s	Infirmières de 5 ans et moins	Infirmières de 6 à 10 ans	Infirmières expérimentées	Infirmières ayant 11 ans et plus d'expérience	Infirmières de 51 ans et plus
En formation	100%	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
École d'infirmière	0 %	0 %	0 %	5 %	5 %	20 %
Collégial	23 %	38 %	58,3 %	32 %	26 %	27 %
Universitaire	6,4 %	63 %	42 %	63 %	64,2 %	53 %

Quant au style de formation à l'origine, notre bilan sur les infirmières expérimentées, toutes catégories confondues, nous indique que la formation à l'école d'infirmière est de 5 %. Elle demeure à 5 % chez les onze ans et plus d'expérience et augmente radicalement à 20 % chez les 51 ans et plus d'âge. Or, il est à noter que 32 % des infirmières expérimentées possèdent actuellement une formation collégiale; 38 % chez les infirmières de moins de cinq ans d'expérience; 58,3 %

chez les six à dix ans d'expérience; 26 % chez les onze ans et plus d'expérience et 27 % chez les 51 ans et plus.

Dans l'ensemble, il apparaît que les infirmières expérimentées retournent faire des études universitaires à 63 %, dont initialement 63 % ont cinq ans et moins d'expérience; 42 % six à dix ans d'expérience; 64,2 % onze ans et plus d'expérience et 53 % pour les 51 ans et plus en âge.

Actuellement, comme nous le démontrons au Tableau 4 ci-dessous, la tendance générale chez les infirmières d'expérience veut que ces dernières travaillent de jour à 52 %, contre 19,2 % de soir et 27,4 % de nuit. Les infirmières de cinq ans et moins d'expérience travaillent de nuit à 50%, contre 3 % de jour et de soir. La constante se maintient pour le travail de nuit à 50 % chez les infirmières de six à dix ans d'expérience et à 25 % également pour le travail de jour et de soir. Plus de la moitié des infirmières de onze ans et plus d'expérience travaillent de jour à 62 %, de soir à 14,2 % et de nuit à 27,4 %. Pour les 51 ans et plus, elles occupent un travail de jour à 67 %, de soir à 20 % et de nuit à 13,3 %.

Tableau 4. Quart de travail des infirmières qui ont participé à l'étude en %.

Quart de travail	Jour	Soir	Nuit
Étudiant(e)s	5 %	3,2 %	2 %
Infirmières de 5 ans et moins d'expérience	3 %	3 %	50 %
Infirmières de 6 à 10 ans d'expérience	25 %	25 %	50 %
Infirmières expérimentées	52 %	19,2 %	27,4 %
Infirmières ayant 11 ans et plus d'expérience	62 %	14,2 %	19 %
Infirmières de 51 ans et plus	67 %	20 %	13,3 %

Il faut comprendre que la majorité de nos participantes sont régies par des conventions collectives, donc par l'ancienneté. Les postes et les quarts de travail sont octroyés de cette manière, laissant les moins anciennes face à des quarts de travail de soir et de nuit.

Les Tableaux 5 et 5a présentent des mesures ordinales d'appréciation de la question numéro quatre provenant du questionnaire d'enquête référant au code de déontologie.

Tableau 5. Mesures ordinales de l'accord ou du désaccord chez les étudiantes et les infirmières qui ont participé à l'étude en %.

4) Le code de déontologie est là pour sanctionner						
	Étudiants	Infirmières ayant 5 ans et moins d'expérience	Infirmières ayant 6 ans et plus d'expérience	Infirmières expérimentées	Infirmières ayant 11 ans et plus d'expérience	Infirmières de 51 ans et plus
Tout à fait d'accord	17 %	0 %	8,3 %	13 %	14,2 %	20 %
Plutôt en accord	22 %	13 %	8,3 %	23 %	26,1 %	27 %
Tout à fait en désaccord	8 %	0 %	17 %	11,2 %	12 %	7 %
Plutôt en désaccord	25 %	50 %	17 %	24,1 %	24 %	27 %
Ni en accord ni en désaccord	24 %	38 %	50 %	27,4 %	19 %	7 %

Après avoir compilé toutes les réponses provenant des cinq catégories d'infirmières à l'étude, nous avons procédé au regroupement des réponses du Tableau 5a. Nous les avons compilées en quatre niveaux d'appréciation : *en accord*, *en désaccord*, *ni en accord ni en désaccord* et *aucune réponse*.

Tableau 5 a). Mesures ordinales d'accord ou de désaccord chez les étudiantes et les infirmières qui ont participé à l'étude en %.

4) Le code de déontologie est là pour sanctionner						
	Étudiant(e)s	Infirmières ayant 5 ans et moins d'expérience	Infirmières ayant 6 à 10 ans d'expérience	Infirmières expérimenté es	Infirmières ayant 11 ans et plus d'expérience	Infirmières de 51 ans et plus
En accord	39%	13 %	17 %	36%	40,3%	47%
En désaccord	33 %	50 %	24 %	35,3 %	36 %	34 %
Ni en accord ni en désaccord	24 %	38 %	50 %	27,4 %	19 %	7 %
Aucune réponse	1,6 %	0 %	0 %	2 %	2,3 %	7 %

Nous devons reconnaître qu'au premier coup d'œil, la différence semble mince entre les résultats provenant des étudiantes et des infirmières expérimentées par rapport au pourcentage d'*accord* relié au questionnement sur le code de déontologie (question numéro quatre du questionnaire d'enquête). Dans son ensemble, les résultats, pour la réponse *en accord* varient de 39 % chez les étudiantes, à 36 % pour les infirmières expérimentées, la réponse *en désaccord* fluctuant de 33 % à 35,3 %. Plus en détail, face à la question de déontologie, il y a un degré d'accord à 13 % et de désaccord à 50 % chez les infirmières ayant cinq ans et moins d'expérience. Pour celles qui possèdent six à dix ans d'expérience, 17 % sont en accord contre 24% en désaccord. Nous notons une augmentation notable du degré d'accord à 40,3 % chez celles qui détiennent onze ans et plus d'expérience et à 47 % pour les 51 ans et plus. Le pourcentage de désaccord entre elles varie peu, passant de 33 % à 34 % pour une moyenne de 35 %.

Certains sujets ont préféré maintenir l'impartialité en cochant *ni en accord ni en désaccord*, soit parce qu'ils ne souhaitaient pas se prononcer, soit parce qu'ils n'avaient peut-être pas d'idées arrêtées sur la question comme telle. De façon globale, dans les deux groupes, celui

des étudiantes et celui des infirmières expérimentées, des résultats assez homogènes ressortent pour le *ni en accord ni en désaccord*, passant de 24 % à 27,4 %.

Nous compilons 24 % pour le ni en accord et le ni en désaccord chez les étudiantes, 38 % chez les cinq ans et moins; 50 % chez les six à dix ans; 19 % chez les onze ans et plus et 7 % chez les 51 ans et plus. Notre analyse démontre des fluctuations importantes dans les résultats.

De plus, nous remarquons au Tableau 5a que des répondantes ont indiqué clairement leur intention de ne pas fournir de réponse en biffant, ou en laissant l'espace approprié libre, à raison de 1,6 % chez les étudiantes; 2 % chez les infirmières expérimentées; 0 % chez les cinq ans et moins; 0 % chez les six à dix ans; 23 % chez les onze ans et plus et 7 % chez les 51 ans et plus d'âge.

Cette prochaine section touche des associations d'idées où nous avons regroupé les synonymes du Tableau 6 et conservé les données plus élevées que 10 %. Nous avons dû procéder ainsi, car la liste pouvait parfois inclure jusqu'à trente mots. Par exemple, pour justice, nous avons répertorié pour chacun des termes des synonymes tels droits, avocats, police, et ainsi de suite. Les résultats regroupés dans le tableau ci-dessous sont classés par catégories, par pourcentage et par ordre décroissant.

Tableau 6. Association d'idées (synonymes) en lien avec liste suggérée chez les étudiantes et les infirmières qui ont participé à l'étude en %.

6) Parmi la liste suggérée, inscrivez en un mot à quoi cela fait référence pour vous :						
	Étudiant(e)s	Infirmières ayant 5 ans et moins d'expérience	Infirmières ayant 6 à 10 ans d'expérience	Infirmières expérimentées	Infirmières ayant 11 ans et plus d'expérience	Infirmières de 51 ans et plus
Valeurs	Respect 16 % Famille 16 % Personnelle 16 %	Personnelle 38% Respect 13 %	Croyance 58,,2 % Famille 17 %	Respect 88 %	Morale 59 % Respect 17 % Humanité 12 %	Importance 54 % Humanité 21 %
Ordre professionnel	OIIQ 46 % Standardisation 32,2 %	OIIQ 77 % Qualité 13 % Responsabilité 13 %	OIIQ 66, 5 % Gestion 17 %	OIIQ 56,2 % Référence 23,4 %	Support 51 % OIIQ 47,1 % Discipline 30 %	OIIQ 50,3 % Protection (support) 34,3 % Encadrement 21% %
Code de déontologie	Conduite 67 % Éthique 28 % OIIQ 40 %	Conduite 65 % Obligation 38 %	Règle 76 %	Conduite 98 %	Conduite 86,2 % Valeur 19,3 %	Balises 48,3 % Respect 47,3 %
Norme	Règle 95,4 % Sécurité 22,4 % Respect 22,4 %	Règle 51 % Habitue 13 % Normalité 13 %	Règle 66,4 %	Règle 71 %	Règle 83 % Égalité 43 %	Règle 81,3 % Qualité 13,3 %
Code d'éthique	Référence 66 % Valeurs 54,4 %	Pensée 38 % Comportement 39 % Morale 13 %	Réflexion 75,1 % Comportement 25% Respect 17 %	Morale 64 % Valeur 40 %	Morale 73,2 % Règle 41 %	Moralité 48 % Règle 34,3 %
Règlement	Loi 99,2 %	Loi 77 % Cour 13 % Respect 13 % Aucune réponse 13 %	Loi 92 %	Loi 97 %	Loi 98 %	Loi 96 %
Croyance	Religion 70,4 % Individuel 30 %	Valeur 77 % Différence 13 % Peuple 13%	Foi 84 %	Religion 55,4 % Valeurs 34 % Individuel 12 %	Religion 66 % Valeurs 26 %	Personnelle 54,3 % Valeurs 47,3 %

Pour le premier item, les *valeurs*, les étudiantes infirmières ont cité pareillement les mots *respect*, *famille*, et *personnelle* à 16 %. Les infirmières expérimentées ont le pourcentage le plus élevé en ce qui concerne le *respect* à 88 %, à 17 % chez les infirmières ayant onze ans et plus d'expérience et à 13% chez les infirmières ayant cinq ans et moins d'expérience. La *famille* se situe respectivement à 16 % et à 17 % chez les étudiantes et les six à dix ans d'expérience. Le

qualificatif *personnelle* revient à 16 % et à 38 % chez les étudiantes et les cinq ans et moins d'expérience. *Égalité* ressort à 13 % uniquement chez les cinq ans et moins d'expérience. Les six à dix ans d'expérience ont choisi *croyances* à 58,2 %, les infirmières ayant onze ans et plus d'expérience ont opté pour la *morale* à 59 % et celles qui sont âgées de 51 ans et plus ont mentionné le terme *importance* à 54%.

D'une manière globale, notre bilan au sujet des *valeurs* dévoile que le mot *respect* occupe la première place lors des réponses fournies au questionnaire, soit chez 88 % chez les infirmières expérimentées ; le terme *morale* vient en second à 59 % chez les onze ans et plus; on retrouve en troisième la *croyance* à 58,2 % chez les six à dix ans ; en quatrième l'*importance* à 54 % chez les 51 ans et plus et en dernier, *personnelle* à 38 % chez les cinq ans et moins d'expérience.

Pour *Ordre professionnel*, toutes les catégories d'infirmières de notre étude ont élu l'*OIIQ*. Les infirmières expérimentées à 56,2 % ; les infirmières ayant cinq ans et moins d'expérience à 77 % ; les six à dix ans à 66,5 % ; les 51 ans et plus à 50,3 % ; les onze ans et plus à 47,1 % et les étudiantes à 46 %. Ces résultats indiquent une relation inversement proportionnelle avec l'expérience de travail, car cela semble démontrer une baisse de l'importance accordée à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec à mesure que l'expérience de travail s'accroît. D'autres items sont ressortis tels : la *référence* à 23,4 % chez les infirmières expérimentées ; le *support* à 51 % et la discipline à 30 % chez les onze ans et plus ; l'*encadrement* à 34,3 % chez les 51 ans et plus, et la *standardisation* respectivement à 32,2 % chez les étudiantes et à 21 % chez les 51 ans et plus.

Pour *code de déontologie*, on obtient un pourcentage de 98 % pour le mot *conduite* chez les infirmières expérimentées. D'ailleurs, trois autres catégories ont aussi utilisé ce synonyme : les infirmières de onze ans et plus à 86,2 %, les étudiantes à 67 % et les infirmières ayant moins de cinq ans d'expérience à 65 %. Pour les deux autres sous-groupes, nous avons *règle* à 76 % pour les six à dix ans et *balises* à 48,3 % pour les 51 ans et plus. D'autres items ont été nommés : *OIIQ* à 40 % et *éthique* à 28 % chez les étudiantes. Nous retrouvons aussi *obligation* à 38 % pour les cinq ans et moins, *valeurs* à 19,3 % chez les plus de onze ans et en dernier lieu *respect* à 47,3 % chez les 51 ans et plus.

Pour *norme*, le terme *règle* est ressorti à 95,4 % chez les étudiantes ; à 71 % chez les expérimentées ; à 83 % pour les onze ans et plus ; à 81,3 % chez les 51 ans et plus ; à 66,4 % pour les six à dix ans et à 51 % chez les cinq ans et moins. Il apparaît que plus l'expérience est grande, plus le pourcentage de sélection du mot règle s'élève. De plus, nous retrouvons *égalité* à 43 % pour les onze ans et plus ; *sécurité* et *égalité* à 22,4 % chez les étudiantes ; *habitude* et *normalité* à 13 % chez les cinq ans et moins et *qualité* à 13,3 % chez les 51 ans et plus.

Pour *code d'éthique*, les infirmières ont élu *morale* dans quatre catégories. Il est à 64 % chez les infirmières expérimentées ; à 73,2 % chez les plus de onze ans ; à 48 % chez les 51 ans et plus et à 13 % chez les cinq ans et moins. Pour les six à dix ans, on a retenu *réflexion* à 75,1 %, *référence* à 66 % et *valeurs* à 54,4 % chez les étudiantes. Le *comportement* à 39 % et *pensée* à 38 % ressortent majoritaires cette fois chez les six à dix ans. Globalement, par ordre décroissant, nous obtenons *réflexion* à 75,1 % pour les six à dix ans ; *morale* à 73,2 % chez les plus de 11 ans ; *référence* à 66 % chez les étudiantes ; *morale* à 64 % chez les infirmières expérimentées et à 48 %

chez les 51 ans et plus, et en dernier lieu *comportement* à 39 % chez les cinq ans et moins d'expérience.

Règlement et loi font presque l'unanimité à 99,2 % chez les étudiantes ; à 98 % chez les plus de onze ans ; à 97 % chez les infirmières expérimentées ; à 96 % chez les 51 ans et plus ; à 92 % chez les six à dix ans et à 77 % pour les cinq ans et moins d'expérience. Ces dernières mentionnent le mot *cour* à 13 %, lequel peut être additionné au premier résultat et produire un résultat de 90 % à la place de 77 %. De plus, pour cette catégorie d'infirmières, 13 % se sont abstenues de répondre.

Pour *croyance*, les mots *foi* et *religion* émergent de notre compilation. Nous les retrouvons dans quatre groupes : par ordre décroissant, 84 % chez les six à dix ans ; 70,4 % pour les étudiantes ; 66 % pour les onze ans et plus et 55,4 % chez les expérimentées. Le mot *valeur* revient autant de fois dans les réponses soit à 77 % chez les cinq ans et moins, à 47,3 % chez les 51 ans et plus, à 34 % chez les expérimentées. Globalement par ordre décroissant nous obtenons la *foi* à 84 % chez les six à dix ans ; la *valeur* à 77 % chez les cinq ans et moins ; la *religion* à 70,4 % chez les étudiantes à 66 % chez les onze ans et plus à 55,4 % chez les expérimentées. En dernier lieu, *personnelle* à 54,3 % chez les 51 ans et plus.

Dans ce qui suit au Tableau 7, nous avons compilé et tenté de regrouper les mots ayant un même sens, afin d'en raccourcir la liste exhaustive et de conserver pour la plupart jusqu'à quatre expressions différentes. Aux fins de notre analyse, nous tenons à préciser que nous allons nous attarder davantage aux deux premiers énoncés présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 7. Mesures de deux valeurs du milieu de travail chez les étudiantes et les infirmières qui ont participé à l'étude en %.

6) Nommez 2 valeurs que vous identifiez dans votre milieu de travail?					
Étudiant(e)s	Infirmières ayant 5 ans et moins d'expérience	Infirmières ayant 6 à 10 ans d'expérience	Infirmières expérimentées	Infirmières ayant 11 ans et plus d'expérience	Infirmières de 51 ans et plus
Respect 80 %	Respect 75 %	Respect 75 %	Respect 52 %	Respect 40 %	Professionnalisme 20,3 %
Honnêteté 19 %	Professionnalisme 39 %	Partage 27,3 %	Responsabilité 18,2 %	Honnêteté 31 %	Honnêteté 20 %
Autonomie 6,4 %	Partenariat 39 %	Confidentialité 25 %	Honnêteté 11,2 %	Responsabilité 27 %	Respect 20 %
Responsabilité 8,5 %	Empathie 38 %	Honnêteté 17 %	Autonomie 10 %		Responsabilité 7 %

À première vue, le **respect** ressort unanimement de tous les groupes, sauf chez les infirmières de 51 ans et plus. Ces dernières ont mis de l'avant le **professionnalisme** à 20,3 %, qui à la limite contient une attitude respectueuse. Or, il existe une différence minimale entre le premier et le deuxième choix pour ce groupe. Voici les résultats recueillis pour **respect** provenant des différentes catégories d'infirmières à l'étude : 80 % chez les étudiantes ; 75 % chez les cinq ans et moins pareillement chez les six à dix ans d'expérience ; 52 % chez les infirmières expérimentées ; 40 % chez les onze ans et plus et 20 % pour les 51 ans et plus. Notons que ce dernier groupe a désigné le **professionnalisme** à 20,3 % comme valeur prioritaire.

En ce qui concerne la seconde valeur privilégiée au travail, 19 % ont sélectionné **honnêteté** chez les étudiantes et, chez les cinq ans et moins, 39 % ont opté pour le **professionnalisme**. Nous avons le **partage** à 27,3 % chez les six à dix ans d'expérience et la **responsabilité** à 18,2 % chez les infirmières expérimentées. Nous retrouvons **honnêteté** respectivement à 31 % et à 11% chez les onze ans et plus et les 51 ans et plus. Le Tableau 7 expose une répartition différente de valeurs priorisées par les infirmières dans leur milieu de travail selon leur expérience.

Le prochain point traduit et vient ajouter une précision en lien avec le courant idéologique et le paradigme qu'adoptent les sujets de notre étude. Il faudra aussi tenir compte de la scolarité, lors de notre interprétation, car il apparaît que certaines notions telles le *caring*, par exemple, ne sont pas ou sont peu explorées dans certains programmes académiques. La formation collégiale met en effet l'emphasis sur les aspects techniques de la profession infirmière, les programmes universitaires, de par leur mission, développent la maîtrise des connaissances théoriques et de la recherche en sciences infirmières.

Nous avons vu dans une section précédente que le concept de *caring* fait référence à une école de pensée qui appartient au paradigme de transformation, lequel fait suite au paradigme de l'intégration qui s'apparente à la culture biomédicale. Au Tableau 8, les infirmières ont exprimé leur degré d'accord et de désaccord à la question « Est-ce que le *caring* représente l'essence de la discipline infirmière ? ». En général, les infirmières expérimentées sont en accord à 84 %, pour un désaccord de seulement 4,7 %, et 11,3 % ne sont ni en accord ni en désaccord. Toutes ont répondu à la question. Le tableau ci-dessous présente les résultats obtenus par ordre décroissant.

Tableau 8. Mesures ordinales d'accord ou de désaccord au *caring* est l'essence de la discipline infirmière chez les étudiantes et les infirmières qui ont participé à l'étude en %.

7) <i>Le caring est l'essence de la discipline infirmière.</i>						
	Étudiants	Infirmières ayant 5 ans et moins d'expérience	Infirmières ayant 6 à 10 ans d'expérience	Infirmières expérimentées	Infirmières ayant 11 ans et plus d'expérience	Infirmières de 51 ans et plus
En accord	64 %	88 %	83 %	84 %	80,4%	94 %
En désaccord	3,2 %	0 %	0%	4,7 %	7,6 %	6 %
Ni en accord ni en désaccord	31 %	12 %	17 %	11,3 %	12 %	0 %
Aucune réponse	2 %	0%	0%	0 %	0 %	0 %

Il faut dire à ce sujet, que les infirmières expérimentées ont exprimé un accord de 84 %, un désaccord de 4,7 % et une position *ni en accord ni en désaccord* à 11,3 %. Les infirmières de 51 ans et plus ont acquiescé à 94 % contre 6 % qui ont exprimé leur désaccord. Puis, viennent les infirmières ayant cinq ans et moins d'expérience, qui sont en accord à 88 % pour un désaccord de 0 %, mais cochent *ni en accord ni en désaccord* à 12 %. À la suite viennent les infirmières ayant six à dix ans d'expérience à 83 % en accord et à 17 % en désaccord. Les infirmières ayant onze ans et plus d'expérience sont en accord à 80,4 %, en désaccord à 7,6 % ou 8 %, et à 12 % *ni en accord ni en désaccord*. Enfin, les étudiantes manifestent un accord à 64 %, un désaccord à 3,2 %, une position *ni en accord ni en désaccord* à 31 %, *aucune réponse* à 2 % et annulation à 2 %. Le résultat le plus faible se situe chez les étudiantes qui sont en accord à 64 % et à 31 % de *ni en accord ni en désaccord*. En outre, la position des 51 ans et plus est sans équivoque à 94 % d'accord pour un désaccord de 6 %. Ce résultat provient peut-être de l'expérience de travail, de la formation académique ou des deux. Nous tenterons d'y répondre à la prochaine section.

Au Tableau 9, les réponses sont identifiées par les chiffres 1 à 4 (1 étant le plus important) pour la question traitant des aspects privilégiés lors du soin; les pourcentages sont indiqués à titre informatif seulement. Notons que ces réponses font appel à la perception que les infirmières ont d'elles-mêmes lorsqu'elles prodiguent des soins à leurs patients. En débutant par les résultats des étudiantes, nous constatons qu'elles ont attribué la cote (1) pour la **sécurité** et le **confort**; la cote (2) ressort de nouveau pour la **sécurité**; la cote (3) pour la **prescription médicale** et en (4), vient l'aspect **légal**. Pour les infirmières ayant cinq ans et moins d'expérience, le confort est aussi en (1), la sécurité en (2), la prescription médicale en (3) et en (4) l'aspect légal.

Tableau 9. Mesures ordinales de l'aspect privilégié chez le patient par les étudiantes et les infirmières qui ont participé à l'étude en %.

10) L'aspect ou les aspects que je privilégie lorsque je suis auprès d'un patient sont : Le confort; La sécurité; L'aspect légal ; La prescription médicale					
Étudiant(e)s	Infirmières ayant 5 ans et moins d'expérience	Infirmières ayant 6 à 10 ans d'expérience	Infirmières expérimentées	Infirmières ayant 11 ans et plus d'expérience	Infirmières de 51 ans et plus
La sécurité 45 % (1) Le confort 45 %	Le confort 88 % (1)	Le confort 33,3 % (1) Sécurité 33,3 % (1)	Le confort 40 % (1)	La sécurité 45 % (1)	La sécurité 60 % (1)
La sécurité 42 % (2)	La sécurité 50 % (2)	Le confort 42 % (2) Sécurité 42 % (2)	La sécurité 36 % (2)	La sécurité 40 % (2) Le confort 33 %	Le confort 47 % (2)
La prescription médicale 52 % (3)	La prescription médicale 36 % (3) La sécurité 36 % (3)	La prescription médicale 50 % (3)	La prescription médicale 48 % (3)	La prescription médicale 50 % (3)	La prescription médicale 47 % (3)
L'aspect légal 68 % (4)	L'aspect légal 75 % (4)	L'aspect légal 67 % (4)	L'aspect légal 68 % (4)	L'aspect légal 67 % (4)	L'aspect légal 60 % (4)

Les infirmières ayant six à dix ans d'expérience ont choisi le confort et la sécurité à pourcentage égal en (1) et en (2), la prescription médicale en (3) et l'aspect légal en (4). Celles de onze ans et plus d'expérience ont placé la sécurité en (1) et (2), le confort en (2) exclusivement, la prescription médicale en (3) et l'aspect légal en (4). Les répondantes de 51 ans et plus accordent (1) à la sécurité, (2) au confort, (3) à la prescription médicale et (4) à l'aspect légal. Dans son ensemble les infirmières expérimentées ont accordé (1) au confort, (2) à la sécurité, (3) à la prescription médicale et (4) à l'aspect légal. Les résultats ne présentent pas d'ambiguïté et sont assez homogènes pour la majorité des sujets chez les étudiantes et les infirmières d'expérience.

Au Tableau 10, nous avons des résultats qui répondent aux mêmes critères que le point précédent, c'est-à-dire une cotation selon les chiffres de 1 à 4 (1 étant le plus important), pour répondre à la question sur la perception des aspects privilégiés *par les autres* lors du soin au patient. Les pourcentages sont indiqués à titre informatif seulement.

Tableau 10. Mesures de l'aspect privilégié chez le patient par les autres et observé par les étudiantes et les infirmières qui ont participé à l'étude en %.

11) L'aspect ou les aspects que les autres privilégient lorsqu'ils sont auprès d'un patient sont : Le confort; La sécurité; L'aspect légal ; La prescription médicale .					
Étudiant(e)s	Infirmières ayant 5 ans et moins d'expérience	Infirmières ayant 6 à 10 ans d'expérience	Infirmières expérimentées	Infirmières ayant 11 ans et plus d'expérience	Infirmières de 51 ans et plus
La prescription médicale 37 % (1)	La prescription médicale 63 % (1)	La sécurité 33,3 % (1)	La prescription médicale 40 % (1)	La prescription médicale 43 % (1)	Le confort 73,3 % (1) La prescription médicale 53 %
La sécurité 42 % (2)	La sécurité 38 % (2)	La prescription médicale 33,3 % (2)	La sécurité 31 % (2)	La sécurité 36 % (2)	La sécurité 47 % (2)
La sécurité 31 % (3)	La sécurité 38 % (3)	La sécurité 33,3 % (3)	Le confort 31 % (3)	Le confort 36 % (3)	L'aspect légal 33,3 % (3)
L'aspect légal 45 % (4)	L'aspect légal 38 % (4)	L'aspect légal 33,3 % (4) Le confort 33,3 % (4)	L'aspect légal 50 % (4)	L'aspect légal 55 % (4)	L'aspect légal 40 % (4)

Les étudiantes et les infirmières ayant cinq ans et moins d'expérience ont répondu que les autres privilégient la prescription médicale (1), la sécurité (2) et (3), et l'aspect légal en dernier (4); le confort n'est pas ressorti dans les réponses. En ce qui concerne les infirmières de six à dix ans d'expérience, elles optent pour la sécurité en (1) et en (3), la prescription médicale en (2), l'aspect légal et le confort en (4). Les infirmières de onze ans et plus accordent à la prescription médicale (1), à la sécurité (2), au confort (3) et à l'aspect légal (4). Celles âgées de 51 ans et plus ont sélectionné le confort et la prescription médicale en (1), la sécurité en (2), l'aspect légal en (3) et (4). Dans l'ensemble, les infirmières expérimentées ont (1) à la prescription médicale, (2) à la sécurité, (3) au confort et (4) à l'aspect légal.

Nous constatons que l'item qui a davantage changé d'ordre de priorité par rapport au Tableau 9 est la **prescription médicale** qui occupait le troisième rang, alors qu'elle se calsse au premier rang dans le tableau 10sauf chez les infirmières de six à dix ans d'expérience. Pour ces dernières en

effet, la prescription médicale est au numéro (2) derrière la sécurité, les autres catégories d'infirmières ayant situé la sécurité en (3). L'aspect légal a conservé le numéro (4) pour toutes.

Par le biais de notre questionnaire, nous avons demandé aux infirmières si elles se croyaient des expertes dans leur domaine. Nous supposons que cette perception génère une certaine conduite de la part de l'infirmière face à son patient. Dans ce qui suit, au Tableau 11, nous avons compilé les réponses à cette question selon l'accord et le désaccord des différentes catégories d'infirmières, dans un ordre décroissant.

Tableau 11. Mesures ordinales d'accord ou de désaccord par rapport à « l'infirmière est l'experte vis-à-vis du patient » chez les étudiantes et les infirmières qui ont participé à l'étude en %.

<i>12) L'infirmière est l'experte vis-à-vis du patient</i>						
	Étudiant(e)s	Infirmières ayant 5 ans et moins d'expérience	Infirmières ayant 6 à 10 ans d'expérience	Infirmières expérimentées	Infirmières ayant 11 ans et plus d'expérience	Infirmières de 51 ans et plus
En accord	65 %	50 %	50,3 %	60 %	59 %	73 %
Tout à fait en désaccord	21 %	13 %	25,3 %	18 %	37,2 %	20 %
Ni en accord ni en désaccord	31 %	25 %	25 %	23 %	21,4 %	7 %
Aucune réponse	0 %	0%	0 %	0 %	0 %	0 %

Ce sont les infirmières de 51 ans et plus qui obtiennent le taux le plus élevé d'accord à 73 %, pour un désaccord à 20 % et une position *ni en accord ni en désaccord* à 7 %.e.

Les étudiantes se placent au second rang avec un accord à 65 %, pour un désaccord à 21 % et une indication *ni en accord ni en désaccord* à 31 %. En troisième, les infirmières ayant onze ans et plus d'expérience, avec un accord à 59 % pour un désaccord à 37,2 %, une position *ni en accord ni en désaccord* à 21,4 %. Les infirmières ayant six à 10 ans d'expérience viennent ensuite avec un

accord à 50,3 %, un désaccord à 25,3 %, une mention *ni en accord ni en désaccord* à 25 %. Ce sont les infirmières ayant cinq ans et moins d'expérience qui obtiennent le pourcentage le moins élevé d'accord à 50 %, de désaccord à 13 %, alors que leur réponse à *ni en accord ni en désaccord* se situe à 25 %.

De manière générale, les infirmières expérimentées sont d'accord à 60 % pour dire que l'infirmière est l'experte, en désaccord à 18 % et se déclarent *ni en accord ni en désaccord* à 23 %. Nous notons que la position *ni en accord ni en désaccord* s'est méritée un pourcentage assez élevé de réponses dans la plupart des sous-groupes, variant de 6,7 % chez nos 51 ans et plus, jusqu'à 31 % chez les étudiantes. D'après notre cumulatif, plus les infirmières ont de l'expérience de travail, moins le pourcentage de répondantes *ni en accord ni en désaccord* est élevé. En outre, plus le pourcentage de l'accord est élevé, plus celui du désaccord est faible. Toutefois, ces données ne sont que des indicateurs; notons également que ce ne sont pas les seuls qui peuvent exprimer les perceptions de la nature de l'agir nursing.

Comme nous l'avons déjà exposé, notre questionnaire d'enquête a été conçu pour explorer un ensemble d'idées et de croyances chez les participantes, toutes catégories confondues. Or il semblerait que depuis quelques années, la discipline infirmière se qualifie de plus en plus comme étant scientifique, alors qu'elle s'est traditionnellement définie comme un engagement. Nous avons voulu connaître le point de vue de notre cohorte sur ces points. Le Tableaux 12 fournit des mesures ordinales sur le pourcentage d'accord et de désaccord des infirmières.

Tableau 12. Mesures ordinales d'accord ou de désaccord par rapport à « la discipline infirmière est scientifique » chez les étudiantes et les infirmières qui ont participé à l'étude en %.

14) La discipline infirmière est scientifique						
	Étudiant(e)s	Infirmières ayant 5 ans et moins d'expérience	Infirmières ayant 6 à 10 ans d'expérience	Infirmières expérimentées	Infirmières ayant 11 ans et plus d'expérience	Infirmières de 51 ans et plus
En accord	69 %	75 %	50,3 %	63 %	59,3 %	74 %
En désaccord	13 %	0 %	25,3 %	12 %	10 %	0 %
Ni en accord ni en désaccord	19 %	25 %	25 %	26 %	26 %	20 %
Aucune réponse	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %

Les infirmières de cinq ans et moins d'expérience sont en accord à 75 %, en désaccord à 0 % et cotent *ni en accord ni en désaccord* à 25 %. Les infirmières de 51 ans et plus les suivent de près avec un accord à 74 % et un désaccord à 0 %, et une position *ni en accord ni en désaccord* à 20 %. Les étudiantes sont à 69 % en accord, 13 % en désaccord et à 19 % *ni en accord ni en désaccord*. Les onze ans et plus d'expérience sont en accord à 59,3 %, en désaccord à 10 % et *ni en accord ni en désaccord* à 26 %, alors que les six à dix ans sont en accord à 50,3 %, en désaccord à 25,3 % et à 25 % *ni en accord ni en désaccord*. Globalement, les infirmières expérimentées sont en accord à 63 %, en désaccord à 12 % et *ni en accord ni en désaccord* à 26 %. Nous récoltons des pourcentages plus élevés chez les infirmières ayant cinq ans et moins d'expérience à 75 % et chez les novices, les 51 ans et plus se situant à 74 %. Les mentions *ni en accord ni en désaccord* varient de 19 % à 26 % chez les infirmières expérimentées, ce qui dénote une position mitigée.

La prochaine étape de cette recherche consiste à rapporter la synthèse du verbatim des infirmières de chaque groupe, au regard des questions nécessitant un développement, c'est-à-dire les numéros 8, 9, 13, 15, 16 et 17 de notre questionnaire d'enquête. Nous procédons par ordre chronologique pour la présentation des résultats.

Voici, dans un premier temps, les expressions recueillies auprès des *étudiantes infirmières* quant **AU RÔLE DE L'INFIRMIÈRE EN MILIEU HOSPITALIER** : « Soigner et aider les gens à retrouver leur autonomie suite à un problème de santé. Elle a le rôle d'éducatrice face à la maladie et de support et pour plusieurs celui d'aide au patient. De plus, son rôle est celui de pivot et elle est responsable d'assurer la continuité des soins et des traitements, de même que de suppléer au manque de l'individu. Promouvoir la santé, prévenir la maladie, aider le patient à trouver une signification à son expérience de santé. Participer activement au soin, etc., évaluer la condition physique et mentale du patient, donner les soins, exécuter les traitements médicaux, administrer les médicaments et faire l'enseignement tout ceci doit être fait en se servant de notre jugement clinique. »

Voici, dans un deuxième temps, les commentaires regroupés des *infirmières expérimentées* : « Être à l'écoute, savoir être empathique et prendre le temps de bien faire ce que l'on doit faire pour le patient et s'assurer de sa sécurité. Suppléer au manque de la personne face à une situation de santé, selon un modèle théorique de soins infirmiers. L'infirmière a la capacité d'observer, d'analyser, d'intervenir et d'évaluer une personne, un groupe et une communauté. En collaboration avec d'autres intervenants de la santé, l'infirmière administre des soins physiques et psychiques basés sur des connaissances scientifiques. Pivot, spécialiste de soins, confidente, aidante, la personne à consulter sur tous les sujets, elle est l'experte. Elle planifie et organise les soins infirmiers dans un rôle autonome et indépendant. Elle prend soin des clients et exécute les traitements dans le respect et la dignité de sa personne et de sa famille.

Elle établit une démarche de soins scientifiques en tenant compte de l'aspect biopsychosocial de la personne en vue de favoriser ou de rétablir son autonomie ou de répondre à un besoin de santé spécifique. Elle facilite le lien entre différents corps médicaux et le client et assure le confort, le maintien ou l'amélioration de l'autonomie des clients. Cela consiste en l'application des soins et des traitements, de support moral, physique et d'accompagnement dans les traitements par l'écoute. Prodiguer des soins, enseigner, agir de sorte que l'autonomie se développe rapidement pour un retour à la maison rapide. Lien entre le médecin et le patient, elle soigne, enseigne et fait de la prévention. Exécuter les prescriptions médicales, s'assurer de la bonne compréhension de l'enseignement donné. Promouvoir la santé, prévenir la maladie, aider les patients à trouver un sens et participer activement au soin comme tel. Contribuer à la reprise en charge de l'usager par lui-même dans une relation de soignante, d'enseignante, d'accompagnement et de support. Actuellement, *c'est être tout* et si on a le temps visiter nos patients. »

Les infirmières ayant cinq ans et moins répondent que c'est celui de : « Soigner et d'aider les gens à retrouver leur autonomie suite à un problème de santé. Elle a le rôle d'éducatrice face à la maladie et de support, et pour plusieurs celui d'aide au patient. Dans son rôle pivot, elle doit assurer la continuité des soins et des traitements. [Pour ces dernières, c'est aussi celui de suppléer au manque de l'individu et de l'aider à devenir le plus autonome possible selon son état de santé.] Promouvoir la santé, prévenir la maladie et aider le patient à trouver une signification à son expérience de santé. Participer activement au soin, etc., en évaluant la condition physique et mentale du patient, donner les soins, exécuter les traitements médicaux, administrer les médicaments et faire l'enseignement en se servant du jugement clinique. »

Les *infirmières ayant six ans et plus d'expérience* ont répondu que le rôle de l'infirmière est de : « Procurer des soins de qualité et offrir un environnement favorable et sécuritaire au mieux-être ainsi que d'offrir le soutien physique et psychologique que nécessite l'état du patient. Dans son rôle de pivot, elle est la charnière de tout ce qui gravite autour du patient, le lien entre le patient et les autres professionnels. Son rôle est aussi de supporter et d'accompagner la personne dans son processus d'adaptation à la naissance, la maladie, la mort. Établir la démarche de soins scientifiques en tenant compte de l'aspect biopsychosocial en vue de favoriser ou de rétablir son autonomie ou de répondre à un besoin de santé spécifique. [Ces derniers énoncés ont été répertoriés plusieurs fois lors de la compilation.] Ensuite, c'est accueillir le patient de façon sécuritaire, dans le respect de ses droits, comprendre son état de santé, lui apporter les soins qu'il nécessite tout en restant humain et à l'écoute de ses besoins. Finalement, c'est observer, analyser, intervenir et évaluer une personne, un groupe d'individus, une communauté. Administrer des soins physiques et psychiques basés sur des connaissances scientifiques. »

Les *infirmières ayant onze ans et plus d'expérience* ont dit que cela signifie : « Être à l'écoute du patient, savoir être empathique en prenant le temps de bien faire ce qu'on doit faire pour le patient afin d'assurer sa sécurité. Il faut laisser ses préoccupations de côté et ainsi donner des soins objectifs. Offrir le support moral et physique, biopsychosocial, dans toutes les situations de vie et l'accompagnement dans les traitements et l'écoute. L'infirmière est le pivot, la spécialiste et la confidente, la personne aidante; elle est aussi la personne à consulter sur tous les sujets. Planifier et organiser les soins infirmiers dans un rôle autonome et dépendant. Établir ou faciliter le lien entre différents corps médicaux et les clients. Il faut être sécuritaire, nutritionniste, etc., répondre à tout et si on a le temps, visiter nos patients. »

Pour les *infirmières de 51 ans et plus*, c'est : « Planifier et organiser les soins. Établir ou faciliter le lien entre différents corps médicaux et les clients. Agir comme pivot entre les divers professionnels. Assurer le confort, maintenir ou améliorer l'autonomie des clients. Exécuter les traitements prescrits. Offrir le support moral et physique par le biais des soins, de l'accompagnement et de l'écoute. Conserver les connaissances à jour, en prodiguant les soins avec le plus grand respect et avec dignité. Évaluer les situations cliniques de ses clients. Planifier les interventions. Appliquer le plan de traitement. Assistance à des personnes ayant besoin de satisfaire des besoins physiques et/ou psychosociaux. Soigner le client dans sa globalité, l'aider à répondre à ses besoins jusqu'à ce qu'il retrouve son autonomie. »

Les prochains éléments de réponses sont liés à la question 9 et à ses deux points, soit **L'ENGAGEMENT PROFESSIONNEL ET L'ENGAGEMENT PERSONNEL** chez nos participantes. Nous allons débiter par les étudiantes et progresser ainsi dans notre analyse jusqu'aux infirmières de notre étude qui sont les plus avancées en âge, soit les 51 ans et plus.

Par rapport à *l'engagement professionnel*, les *étudiantes infirmières* répondent : « C'est l'engagement face à un métier, agir selon la politique, c'est la responsabilité de l'infirmière envers son employeur, c'est un lien qui unit employé et employeur. Quelqu'un qui donne son accord et qui a le désir de pratiquer dans ce milieu. Référer à l'aspect légal et éthique. C'est d'avoir un comportement qui respecte le code de déontologie, qui répond et qui est conforme aux normes professionnelles. De plus, c'est assurer de bons soins, s'engager professionnellement, s'impliquer autant que l'on peut dans notre profession et y mettre toute l'énergie possible pour réussir. Appliquer ses connaissances professionnelles dans le savoir et savoir-faire, c'est-à-dire prendre

part aux soins ou aux projets en fonction de ses connaissances. La responsabilité de la personne face aux normes de conduite, au respect des lois, et de la personne, tout en respectant ses devoirs. Se donner à fond dans son travail. C'est un investissement que l'infirmière accorde à l'amélioration et à la promotion de la profession. C'est une personne qui s'engage dans les causes ou les événements en relation avec sa profession selon ses valeurs de son milieu de travail. Une étudiante n'a pas fourni de réflexion. »

Par rapport à *l'engagement personnel*, les *étudiantes infirmières* répondent : « S'engager à faire quelque chose sans explication. Se donner personnellement et de trop en mettre jusqu'à un certain point. Se responsabiliser envers la famille, le travail et les finances. S'assurer de posséder les connaissances et les habiletés. Comportement que nous adoptons à partir de nos valeurs. Se respecter et agir selon ses valeurs et croyances. Se donner dans un domaine qui me tient à cœur avec toutes mes ressources et devenir une meilleure personne. Réaliser des interventions selon mes valeurs morales. C'est un lien qui unit infirmier et client. Laisser la situation nous toucher de façon personnelle pas seulement comme infirmière, peu importe ce que pensent les autres. C'est un engagement pour soi et pour les autres. S'engager personnellement afin de se prendre en charge et de s'épanouir; c'est le savoir-être, par exemple en soins palliatifs; s'engager personnellement, ce qui entraîne une relation approfondie et égalitaire à travers le respect des valeurs personnelles en se servant de son jugement. Un individu dans une relation pour lui-même, libre et sans obligation. Prendre part à un projet, mais en tant que personne et non comme professionnel. C'est de mettre de notre temps et nos connaissances personnelles au service de la santé. Mon engagement est en lien direct avec mon système de valeurs personnelles. Agir selon notre morale. S'engager dans des conditions personnelles dans une cause sociale, mettre son âme dans tout ce que l'on fait, par

exemple mon cœur s'engage lors des soins. Donner une partie de nous à travers notre profession, s'investir professionnellement et émotionnellement. Effort que l'infirmière est prête à donner pour améliorer sa pratique. C'est aussi se donner à fond dans sa vie privée. Tenir sa promesse envers les siens, par exemple si j'ai un souper je ne décommande pas. »

Les *infirmières expérimentées à l'engagement professionnel* répondent : « C'est s'engager à faire le bon choix avec le patient. C'est le diriger, l'aider, le supporter, faire le bon traitement sécuritaire comme le dicte la profession. Appliquer, respecter et être un agent de promotion d'un ensemble de comportements professionnels qui reflète un groupe. C'est mon attitude à l'égard des soins, ma curiosité professionnelle, la poursuite de formation, mon intérêt à la recherche. Rendre des services selon les valeurs organisationnelles. Donner des soins de qualité en continuité avec l'ensemble de l'équipe. S'acquitter de nos tâches avec les meilleures connaissances que nous possédons. Travailler tout en respectant le code de déontologie en s'impliquant autant que l'on peut dans notre profession et en mettant toute l'énergie possible pour réussir. C'est l'engagement pris par rapport à une profession qui a des normes et des règles établies. S'engager avec ses compétences, ses habiletés, son savoir. Faire son travail le plus consciencieusement possible, être responsable de ses actes. Utiliser ses connaissances et les transmettre à la clientèle dans un but de mieux-être. C'est notre implication pour notre profession, y croire, la défendre. Sentiment d'appartenance à une profession, à y contribuer parce qu'on y croit dans un sens collectif. Prendre des décisions régies par des lois a été recensé plusieurs fois. Adhérer à des associations au sein de son centre d'activité. S'impliquer dans le traitement et les symptômes afin que l'équipe fasse le bon diagnostic. Cela s'apparente à la responsabilité, à l'autonomie professionnelle, à l'honnêteté et au code de déontologie. Le bien-être du client. S'engager de façon

à accomplir des tâches dans un cadre de respect envers les autres. C'est promouvoir le développement de la profession. Reconnaître les exigences de la profession, s'y soumettre et accepter le processus évolutif de la profession infirmière. L'intérêt et l'énergie professionnels envers sa profession. Agir de bonne foi, professionnel et avec cœur et connaissance. »

Les *infirmières expérimentées* à *l'engagement personnel* répondent : « Ne pas faire de détour, donner ma parole, régler des problèmes, m'investir. Respecter ses possibilités, ses motivations, ses idéaux et ses rêves même si des obstacles surviennent. Attitudes envers le patient et tous ceux à qui je prodigue des soins. C'est par la communication, l'échange, le partage des valeurs et des connaissances. Rendre des services selon nos valeurs. Se donner cœur et âme au patient. S'impliquer personnellement selon ses croyances et valeurs dans son travail auprès de la clientèle. Engagement personnel dans sa vie ayant pour but le bien de la profession. Un engagement qui a rapport à nous-mêmes, une décision personnelle qui n'a pas de lien avec la loi. S'engager dans sa profession avec mes valeurs personnelles et mes qualités. Être responsable dans ce que je fais, mes choix. Être vraie et agir selon ce qui est important personnellement ressort souvent. Établir un lien de confiance afin que le client s'exprime. L'importance accordée à la profession. Être à l'écoute de chaque individu sans jugement tout en les aidant à travers des solutions adaptées à eux. Donner plus de temps à son travail, des heures en plus. Maintenir ses connaissances à jour. C'est relié à notre système de valeurs. S'impliquer dans le processus infirmière/client, accepter de se remettre en question et être un agent actif dans la relation. C'est quelque chose qui fait qu'on adhérerait et qu'on s'investirait pour arriver à une finalité. »

Les *infirmières ayant cinq ans et moins d'expérience*, face à *l'engagement professionnel* répondent que c'est : « Agir selon le code de déontologie et d'éthique de ma profession, s'appliquer au travail, et échanger des idées pour évoluer. Une implication constante dans les différentes sphères de sa profession, c'est-à-dire pratiquer, enseigner, et la recherche. Donner des soins de qualité en continuité avec l'ensemble du personnel. »

Les *infirmières ayant cinq ans et moins d'expérience*, face à *l'engagement personnel* répondent que c'est : « Agir selon mes valeurs et mon jugement. S'impliquer émotionnellement et être capable de faire une coupure. Choix plutôt qu'une obligation de s'impliquer dans une sphère quelconque. Donner plus de temps à son travail, des heures et des pensées. C'est le lien avec nos valeurs personnelles. L'importance que l'on porte à sa profession. Se donner corps et âme à un patient. »

Les *infirmières ayant six à dix ans d'expérience*, face à *l'engagement professionnel* répondent : « Appliquer, respecter et être un agent de promotion d'un ensemble de comportements professionnels qui reflète un groupe. S'acquitter de nos tâches avec les meilleures connaissances et avec respect. S'impliquer dans son travail et dans la profession. Travailler selon nos droits et devoirs d'infirmière. Capacité de prendre son travail à cœur. Respect du secret professionnel, donner des soins et maintenir ses connaissances à jour. Utiliser toutes les connaissances acquises professionnellement pour s'impliquer auprès de la clientèle. L'intérêt et l'énergie d'un professionnel envers sa profession. S'engager pour promouvoir le développement de la profession en s'informant, en participant à des comités, des colloques, des formations. »

Les *infirmières ayant six à dix ans d'expérience*, face à *l'engagement personnel* répondent : « Respecter ses possibilités, ses motivations, ses idéaux et ses rêves même s'il y a des obstacles. Se donner corps et âme. Être présent physiquement et mentalement. S'impliquer dans une multitude de choses personnellement. Être nous-mêmes avec nos valeurs et croyances. Personnellement s'engager à être à jour et à connaître les lois et règlements de notre profession. S'engager personnellement dans quelque chose en tant que personne. S'impliquer personnellement selon ses croyances et valeurs dans son travail auprès de la clientèle. L'intérêt et l'énergie d'une personne dans une autre sphère que sa profession. C'est l'engagement profond, le don de soi, la bonne volonté envers sa profession. »

Les *infirmières ayant onze ans et plus d'expérience*, face à *l'engagement professionnel* répondent : « Un engagement est s'engager à faire le bon choix pour le patient. Ça peut être l'aider, le supporter, faire le bon traitement, en étant sécuritaire pour le patient comme le dicte ma profession. Mon attitude à l'égard des soins, ma curiosité professionnelle, la poursuite de ma formation, mon intérêt à la recherche, il exprime le parfaire mes connaissances. Rendre service selon les valeurs organisationnelles. S'engager dans sa profession, soit en adhérant à des associations au sein de son centre d'activité. Engagement par rapport à une profession qui a des normes et des règles établies. Implication pour sa profession, y croire, la défendre. Utiliser ses connaissances et les transmettre dans le but du mieux-être du patient. Comportement de l'infirmière qui a intégré les valeurs de la profession, qui s'assure de ses comportements et qui fait la promotion des valeurs professionnelles, etc. »

Les *infirmières ayant onze ans et plus d'expérience*, face à *l'engagement personnel* répondent : « M'impliquer personnellement, ne pas faire de détour, donner ma parole, régler le problème, m'investir. Mon attitude envers le patient et tous ceux à qui je prodigue des soins. Il s'exprime par l'échange, la communication, le partage des valeurs et des connaissances. Rendre des services selon nos valeurs. Façon de s'impliquer selon ses propres valeurs et expérience requise. Signifie un engagement dans sa vie personnelle. . Qui a rapport à nous-mêmes, une décision qui n'est pas régie par des lois. Être vraie et agir selon ce qui est important personnellement. Établir lien de confiance afin que les clients puissent s'exprimer. Engagement au quotidien dans les soins et en collaboration. Investissement volontaire de son potentiel ou de ses capacités. C'est un investissement émotionnel. »

Les *infirmières de 51 ans et plus en âge* face à *l'engagement professionnel* répondent que c'est : « Rendre service selon les valeurs organisationnelles. Une décision régie par des lois. Un engagement pris par rapport à une profession qui a des normes et des règles établies. Responsabilité, autonomie professionnelle, l'honnêteté envers le code de déontologie. Un comportement de l'infirmière qui a intégré les valeurs de la profession, qui assure de ses compétences, fait la promotion des valeurs professionnelles : leadership, etc. En utilisant mes connaissances de la façon la plus respectueuse pour arriver aux buts et aux objectifs visés pour mes patients. »

Les *infirmières de 51 ans et plus en âge* face à *l'engagement personnel* répondent que c'est : « Rendre service selon nos valeurs. Une façon de s'impliquer selon ses propres valeurs et l'expérience acquise. Un engagement qui a rapport à nous-mêmes, qui n'est pas régi par des lois.

Un savoir-faire et savoir-être. Donner les meilleurs soins possibles à chaque personne selon la situation. Personne qui s'implique face à une situation, qui s'investit dans une cause, qui agit. Utiliser son savoir-être. Je m'engage personnellement en respectant mes valeurs, les droits, les normes professionnelles en gardant en vue ceux du patient (valeurs, droits, etc.). »

La prochaine section concerne les propos recueillis à la question 13 du questionnaire sur **LA DEFINITION DES SOINS**; elle traite des réponses de chacun des groupes à l'étude.

Les *étudiantes infirmières* ont fourni plusieurs réponses : « Pallier temporairement les incapacités d'une personne pour favoriser son retour à la santé et à son autonomie. Poser des gestes, dire des paroles, offrir de l'écoute qui assure un réconfort et un mieux-être. Comportement à adopter afin d'améliorer le plus possible la santé du patient. Donner les traitements prescrits à une personne. Maintenir la santé et la qualité de vie d'une personne. Donner un service. Améliorer et travailler à la prévention afin d'augmenter le bien-être et le confort physique, psychologique, émotif et social selon le besoin. Ajuster les soins en fonction de la personne. Action verbale, physique qui vise le rétablissement de la santé et l'amélioration de la qualité de vie de la personne. Ensemble de techniques faites pour procurer le bien-être à travers la relation d'aide. Être à l'écoute des besoins de la personne; cela englobe les interventions faites au patient. S'occuper de la personne, lui procurer le confort et le bien-être, l'écouter, la réconforter, et lui accorder le temps requis. Appliquer des techniques pour les traitements en vue de favoriser la guérison et visant à améliorer l'état de santé et pour la prévention de la maladie lorsqu'on apporte quelque chose de positif pour améliorer la santé. Donner des soins de confort à toutes les étapes de la vie, dans un climat de dignité. Traitement apporté à une personne dans le besoin. Questionner le patient sur ses

besoins. Apporter une action qui soulage et procure du confort et optimise la santé. Donner les soins de confort favorisant un rétablissement, offrir de l'écoute et faire l'enseignement. Prendre en charge de façon holistique et rendre la personne confortable, s'assurer qu'elle n'a pas de douleur. Centrer notre énergie, notre savoir afin de comprendre les besoins du patient. Une technique pour améliorer la qualité de vie et favoriser la guérison. Une personne a répondu qu'elle ne savait pas. »

Les *infirmières expérimentées* définissent *le soin* comme étant : « Le travail d'équipe où le patient est l'élément primordial. C'est agir en bon père ou en bonne mère de famille avec un ajout scientifique et choisir pour le patient ce qui est le mieux pour lui. L'Art de réussir à répondre aux besoins à travers les concepts de santé et d'environnement, dans le cadre d'une évaluation globale d'une personne, d'un groupe, d'une communauté. Il s'agit d'un ensemble de gestes posés et de paroles prononcées par un individu qui possède une formation spécifique. L'assistance et l'accompagnement apportés au patient pour l'application du traitement, l'aider à cheminer dans différentes situations de vie et partager son évolution sur différents points de vue et le comprendre dans ce qu'il est dans la situation. Actes par lesquels des gestes sont posés afin de recouvrir la santé et la promouvoir. S'occuper de quelqu'un, lui offrir les attentions qu'il ne peut effectuer. Acte qui comble les besoins de santé, qui conduit vers l'autonomie biopsychosociale fut cité plusieurs fois. Soulager, faciliter et stimuler. Un ensemble de gestes que peuvent poser plusieurs intervenants. Les actions que l'on pose pour s'occuper du bien-être de la personne. Acte humaniste, holistique posé dans le respect des principes fondamentaux de l'éthique, soit l'autonomie, la justice, la bienfaisance. C'est un grand privilège, et ce, dans des moments cruciaux de la vie d'un individu, l'accompagnement d'une personne dans sa démarche. »

Pour les *infirmières ayant cinq ans et moins d'expérience*, le *soin* se définit ainsi : « Les interventions infirmières que l'on pose dans le but d'améliorer l'état et le bien-être du patient. Intervention qui permet l'équilibre de l'aspect biopsychosocial chez une personne. Acte à portée holistique dans un but humaniste et essentiel à la santé d'un individu. Il tient compte des principes fondamentaux de l'éthique, soit l'autonomie, la justice, la bienfaisance, et ainsi de suite. Pallier le manque, que ce soit mentalement, psychologiquement ou physiquement. »

Pour les *infirmières ayant entre six ans et dix ans* d'expérience, le *soin* est : « L'acte que l'on pratique pour mener un patient vers le mieux-être. Acte qui m'amène en tant que professionnel à supporter et à accompagner une personne dans un processus d'adaptation. Amener une personne le plus autonome possible en tenant compte de l'aspect biopsychosocial du client est une réponse très populaire. Rendre le patient plus confortable, bien administrer le traitement et répondre aux besoins. Agir en bon père ou en bonne mère de famille avec un ajout spécifique. Ensemble de gestes posés et de paroles prononcées par un individu ayant reçu une formation spécifique ».

Pour celles qui ont *onze ans et plus d'expérience*, le *soin* est : « Choisir pour le patient ce qui est le mieux pour lui. L'assistance et l'aide apportées au patient pour l'application du traitement, l'aide à cheminer dans différentes situations de vie et le partage de son évolution sous différents points de vue et la compréhension de ce qu'il vit. Actes par lesquels des gestes sont posés afin de recouvrer la santé et la promouvoir. Soulager, faciliter, stimuler. Les soins pour moi sont un ensemble qui peut être prodigué par un groupe d'intervenants. C'est une action faite envers le patient, physique ou morale, psychique. Les actions que l'on pose pour s'occuper du bien-être

de la personne. Se préoccuper du besoin d'une personne, utilisant tout son savoir pour y répondre. Acte dirigé envers autrui qui a pour but de promouvoir la santé, d'aider à la guérison et/ou contribuer au confort, à l'autonomie des gens. »

Les *infirmières de 51 ans et plus* disent que le *soin* est : « Actes par lesquels des gestes sont posés afin de recouvrer la santé et la promouvoir. Soulager, faciliter, stimuler. Action faite envers un patient, physique ou morale, c'est un soutien. Voir au bien-être physique, psychologique, social et spirituel d'une personne malade. Se préoccuper du besoin d'une personne et utiliser tout son savoir pour y répondre. Donner au patient les moyens de reprendre son évolution et sa responsabilité face à sa santé. Accompagnement d'une personne dans sa recherche d'un mieux-être. Travail d'équipe où le patient est l'élément primordial. Il est aussi aidé par des professionnels qui doivent mettre leurs compétences "à son service". »

Lorsque l'on est témoin d'une situation où une personne commet une faute professionnelle, on réagit selon son code de référence, ses valeurs et ses convictions. Ce sont précisément les éléments que nous voulons mettre en relief en soumettant aux participantes les questions 16 et 17. Pour les résultats obtenus à ces questions, nous avons procédé de la même manière que précédemment, c'est-à-dire en présentant le verbatim de chacune des classes à l'étude.

Pour la question 15 au sujet de **LA RÉACTION FACE À UNE FAUTE PROFESSIONNELLE**, les *étudiantes* répondent : « Si je connais la personne, je peux lui dire avec délicatesse que ça ne se fait pas; si la personne ne reconnaît pas sa faute, je la dénonce au superviseur. Je lui explique en retrait, qu'elle doit le dire, sinon elle me rend coupable. J'attends de voir si elle va signaler son

erreur elle-même, sinon je crois qu'il est préférable de dénoncer et de corriger si cela est possible. Aviser de la faute, dénoncer et signaler mon désaccord. Je lui dis dans le but de rectifier le plus rapidement possible, elle n'est peut-être pas au courant de l'erreur qu'elle vient de faire. Cela dépend de la faute et du préjudice, j'évalue avant de dénoncer et l'incite à remplir le formulaire d'accident ou autre. J'en parle avec elle et, si ça ne fonctionne pas, j'en parle à l'infirmière-chef. Je lui parle, vérifie sa compréhension et la patiente et je suggère le formulaire. Tout dépend qui fait la faute, car je ne me mettrai pas en danger mon travail. Je dénonce de façon anonyme à la responsable. Je lui propose une autre façon d'agir et, si elle ne veut rien entendre, je dénonce. Je lui demande ce qu'elle va faire. ***Je dénonce*** connaît l'unanimité pour cette réponse. »

Les *infirmières expérimentées* répondent : « Je vais voir la personne et je lui demande d'expliquer son geste et ensuite nous suivons le protocole. Il semble d'après nos données que la majorité des infirmières, plus de 12, suivent le même raisonnement. Si la faute peut causer un préjudice, elle doit être dénoncée. J'en parle avec la personne et j'informe la personne en autorité. Je la rencontre, dénonce, suis le processus et évalue le patient. Je m'entretiens avec elle de la faute commise en lui rappelant ses responsabilités et, si nécessaire, j'avise la chef d'unité. Je valide et dénonce et je demande l'avis d'une autre infirmière. Je lui faire prendre conscience de son geste, j'avise et je suis la procédure. Je lui propose une autre façon d'agir et, si elle ne veut rien entendre, je dénonce. Je dénonce et j'offre mon soutien. Notons que le mot dénonce revient très souvent lors de notre recension avec l'aspect soutien. »

Les *infirmières ayant cinq ans et moins* d'expérience répondent : « Rapport d'accident à faire et en parler au superviseur. Je discute avec la personne et lui explique mon inconfort et

j'avise le superviseur. Je l'invite à faire preuve de discernement et de professionnalisme en prenant des mesures dans le but de protéger son patient et elle-même en tenant compte des principes, et ce, dans la mesure où je le peux. Je la questionne pour vérifier si elle est au courant. Je lui explique pourquoi et, selon les conséquences, nous agissons pour y remédier. Je lui parle de ce qu'elle vient de commettre ou j'en parle à une infirmière expérimentée et lui demande son avis sans nommer la fautive. »

Les *infirmières ayant six ans et plus d'expérience* répondent : « Je lui en parle si je la connais, sinon j'en parle à l'infirmière responsable. J'en discute avec la personne fautive et avec la responsable. Je lui en parle directement et je cherche une solution avec elle tout en validant si la faute est commise volontairement et je prends le temps de lui expliquer comment ne pas refaire cette faute. [Cette réponse a été très populaire chez nos répondantes] Discussion seule à seule et déclaration. Je lui dis que je le sais et j'attends de voir... Selon la faute, je commence par en parler à la personne concernée. Je m'assure que le patient est en sécurité. Je termine en avisant. »

Les *infirmières ayant onze ans et plus d'expérience* répondent : « Je vais voir la personne et je lui demande de m'expliquer son geste et, s'il y a vraiment faute ou manque, je lui fais remplir le formulaire. Je lui rappelle ce qu'elle vient de faire, mesure l'impact, fais mon diagnostic et la démarche appropriés (enseignement, etc.). J'en parle à la personne concernée et j'informe la responsable. Je lui dis, clarifie, explique, dénonce et offre mon soutien. Je m'assure aussi que cette faute ne sera pas répétée. Je lui fais comprendre et je la soutiens. L'action est en fonction de la nature et de la gravité. Support pour favoriser **la responsabilisation**. »

Les *infirmières de 51 ans et plus* répondent : « Vérifier les raisons et donner des conseils. Prendre conscience, aider, supporter et éviter que cela se reproduise. Suggérer d'en parler avec son superviseur et, si elle ne le fait pas, je le ferai. J'en parle à son supérieur. Je dénonce. »

La question 15 consiste en une **MISE EN SITUATION DÉCRIVANT UNE FAUTE PROFESSIONNELLE**, dont l'appréciation fait appel à des valeurs et à des principes. Pour présenter nos résultats, nous continuons ici de la même manière que lors des sections précédentes.

Voici, dans un premier temps, comment les *étudiantes infirmières* ont géré cette *mise en situation* : « Je vais lui dire qu'elle devrait en préparer d'autres. Je lui demande de venir me rencontrer pour ne pas l'humilier devant la personne et lui dis que je crois qu'elle devrait en préparer d'autres. Je l'avertis et lui rappelle la procédure et j'avise le superviseur. Je lui dis qu'on ne peut pas agir de la sorte. Je lui demande de les jeter et d'en préparer d'autres. Je lui demande en privé de me voir, je lui explique qu'on ne fait pas ça et j'écoute sa réponse. Attends je vais en chercher d'autres, et après coup je lui dis que ça ne fonctionne pas ainsi. Veux-tu que j'aille t'en chercher d'autres? Dans un premier temps, je lui parle seule à seule et je lui dis qu'on doit les jeter et en donner de nouveaux. Je lui rappelle que le plancher est plein de microbes et qu'elle-même ne les ingérerait certainement pas, donc elle ne peut les donner. Je l'avise de recommencer et j'avise si elle n'écoute pas mes conseils. Je lui demande si elle a besoin d'aide pour aller chercher d'autres médicaments. Après coup, je lui dis qu'elle ne devrait pas agir ainsi. En privé, je lui parle et j'essaie de la convaincre d'aller préparer cette médication. Expliquer si elle ne comprend pas et puis dénoncer. Lui demander si elle a l'intention de donner ça, lui dire que ce n'est pas *O.K.* et que c'est un manque de jugement. Je vérifie sa compréhension et je me prépare à donner moi-même un

nouveau médicament. Je l'avise avec respect qu'on n'agit pas ainsi. Je lui suggère de ramener les comprimés au poste et d'en préparer d'autres, car le sol est plein de microbes et les patients sont faibles. Je vais t'en préparer d'autres de sorte que ça aille plus rapidement. J'avise mon professeur de stage. J'interviens, lui dis et lui conseille de préparer d'autres médicaments a été nommé par plusieurs. Je vais la laisser faire. Plusieurs personnes le font, mais moi non... » Une personne s'est abstenue de répondre.

Les *infirmières expérimentées* répondent : « Je vais lui dire qu'elle ne peut faire cela, puis je l'avise que les comprimés sont contaminés et je lui suggère de revoir ses principes d'asepsie. Je lui enlève les comprimés. Je la fais sortir, lui parle et dénonce. [Ces comportements obtiennent un pourcentage élevé pour cette réponse.] Je crois que c'est à chacun d'évaluer ce qui est convenable et admissible dans la profession. Je questionne la démarche et je lui dis de les jeter et d'en préparer d'autres. Je lui demande en privé de me voir, je lui explique qu'on ne fait pas ça et j'écoute sa réponse. J'interromps son geste et je lui demande de remplacer les médicaments. Je l'avise de recommencer et je dénonce. J'interviens, lui dis et lui conseille de préparer d'autres médicaments.»

Les *infirmières ayant cinq ans et moins d'expérience* disent que : « Je lui dis que ces comprimés sont contaminés et qu'elle doit aller en préparer d'autres. Je lui dis : "*Attends, je vais t'aider et aller t'en chercher d'autres.*" Je l'arrête. Je lui dis que ça ne se fait pas, par respect de la dignité et par non malfaisance. Je lui rappelle que ce n'est pas hygiénique et qu'elle ne voudrait certainement pas que quelqu'un fasse cela pour elle. Je l'appelle à l'extérieur, je lui explique ce

que j'ai vu et la raison pour laquelle ce n'est pas correct et je vais avec elle chercher d'autres pilules. »

Les *infirmières ayant entre six et dix ans d'expérience* disent que : « C'est à chacun d'évaluer ce qui est convenable et admissible. Je lui demande de sortir de la chambre et je lui dis d'aller préparer d'autres médicaments. Je lui enlève les comprimés, je la fais sortir et lui dis et avise. Je lui explique et si elle ne veut rien entendre, j'avise. Je prends le contenant, j'avise le patient que je reviens et quitte avec ma consœur. Je lui dis que l'action est inappropriée, que si c'était elle, elle ne les prendrait pas. "*Aye, veux-tu bien me dire ce que tu es en train de faire là?*" C'est déjà arrivé qu'on n'avait plus de médicament et le patient a été avisé avant de le prendre. »

Les *infirmières ayant onze ans et plus d'expériences* répondent : « Je lui dis qu'elle ne peut pas faire ça en milieu de travail, qu'elle doit jeter les comprimés et recommencer et revoir la procédure. Je questionne la démarche, j'interromps le geste. Je l'avise que les comprimés sont contaminés et qu'elle ne peut les administrer au patient. Je lui dis qu'elle devrait revoir les principes d'asepsie. La protection du client doit passer avant la nôtre. »

Finalement, les *infirmières ayant 51 ans et plus* répondent : « J'interromps son geste et je lui demande de remplacer le médicament. Je l'avertis d'en reprendre d'autres avec diplomatie. Je lui en parle afin qu'elle puisse corriger son geste, j'avise et je lui dis de ne pas faire aux autres ce qu'elle ne souhaite pas qu'on lui fasse. »

Nous faisons maintenant état des réactions des infirmières à la question 17, suite à une CITATION DE GILLES LIPOVETSKY de laquelle deux concepts émergent : la **RESPONSABILISATION COLLECTIVE ET INDIVIDUELLE** et l'**AUTONOMIE**. Nous avons demandé aux infirmières de reprendre ces concepts en établissant un lien avec leur pratique professionnelle. Voici les résultats provenant des étudiantes, des infirmières expérimentées, celles ayant cinq ans et moins d'expérience, les six à dix ans, les onze ans et plus et les 51 ans et plus.

En réponse à *La responsabilisation doit être collective, mais aussi individuelle*, voici les réflexions des *étudiantes* : « Il faut être responsable pour se protéger et dans l'environnement. La responsabilité de chacun est d'y mettre son grain de sel. Respect des règles de conduite, c'est engager sa pleine responsabilité à travers ses décisions et ses actions. En tant que professionnelle, on doit être responsable de nos actes, cela va influencer la responsabilité collective des infirmières du département, car nous sommes tous responsables. C'est important dans la pratique afin de bien agir efficacement en groupe ou seule. Nous devons être responsables en tant que personnes si nous voulons l'être en tant que professionnelles. Tous nous devons avoir une responsabilité individuelle, mais collectivement nous devons tous agir de la même manière, vers le bien-être du patient. La responsabilité est collective, mais aussi individuelle, car en bout de ligne nous sommes seuls avec notre patient. Ce sont des personnes que nous soignons (...) la responsabilisation collective et individuelle est importante. Nous sommes un groupe à s'occuper du patient et la responsabilité est partagée. Prendre position et défendre ses intérêts. Nous devons travailler en collaboration avec le patient et nous ne pouvons agir s'il ne veut pas s'aider. Je dois aller dans le sens de donner les meilleurs soins possibles. Toute une équipe peut amener un patient à acquérir un meilleur état, mais rien ne pourra se concrétiser si ce patient n'a pas de volonté personnelle.

Même si nous devons avoir la même ligne de conduite, la responsabilité revient à l'infirmière qui s'occupe du patient. La profession est un travail d'équipe, chacun doit s'assumer par ses actions individuelles. J'ai la responsabilité des soins que je donne et mes soins doivent transmettre les valeurs de la société dans laquelle je vis. Nous sommes responsables de respecter les normes des soins de santé et nous devons mettre nos connaissances à jour. C'est ma responsabilité de prodiguer de bons soins, mais les autres aussi ont cette même obligation. Chaque infirmière est responsable de ses actes et de ses décisions, si tous nous agissons ainsi il y aura moins d'erreurs et de négligences, par exemple : lors d'erreur de médication, elle doit assumer la responsabilité. On travaille tous en multidisciplinarité et on doit se servir de notre jugement avant de poser des actes. C'est important d'être responsable dans la profession. Nous apprenons collectivement, mais nous devons approfondir les connaissances individuellement. Il ne faut pas rejeter la faute sur les autres, la faute nous appartient. Cela appartient au patient et à l'équipe, on est tous responsables de nos actes. En étant responsable collectivement on peut éviter des conséquences individuelles. Lorsqu'on fait bien notre travail et que la suivante ne le fait pas l'effet est détruit, c'est le travail d'équipe. S'engager avec l'équipe, être ouvert aux autres, mais parfois s'engager soi-même et être en quelque sorte différent. Je dois agir en respectant les règles et les valeurs et dénoncer ce qui va à l'encontre de cela. » Une personne n'a pas répondu.

Les *infirmières expérimentées* face à ce même aspect *La responsabilisation doit être collective, mais aussi individuelle* s'expriment ainsi : « Je suis responsable de tout acte posé, mais je suis aussi responsable lorsque je vois quelqu'un commettre quelque chose d'inacceptable de dénoncer ou non. Les infirmières doivent adopter le même cadre de références, la même logique intellectuelle et la même manière d'exécuter leurs actes. L'acte est individuel, mais doit être aussi

collectif. Il s'agit d'un milieu parallèle. Il est très difficile de responsabiliser ses pairs sans l'être soi-même. Le plan de soin informatisé peut être accessible à plusieurs mais chacune y retrouve son rôle et sa charge de travail. La responsabilité du patient revient à un groupe de professionnels, mais le patient est sous ta responsabilité individuelle pendant ton quart de travail. C'est à l'infirmière d'être responsable de ses actes en utilisant toutes les ressources et le savoir disponibles par la collectivité. Nous nous devons d'être très responsables individuellement et collectivement, par rapport au soin du patient. Un ensemble peut faire un collectif. En tant que personne, j'ai un rôle personnel à jouer dans le respect et l'application des valeurs. C'est une qualité de l'infirmière que d'être responsable. Elle doit être respectueuse et se doit d'être à jour dans ses connaissances. Une infirmière est une citoyenne, elle a des devoirs envers la société. Le patient est responsable de sa santé. Je fais un lien avec mon autonomie professionnelle lorsque je dois maximiser dans ma pratique. De plus cela doit m'aider à favoriser l'autodétermination chez le patient. Cet engagement personnel a un effet sur ma profession, sur mon entourage et ma collectivité. C'est que dans notre groupe nous devons individuellement dans notre pratique, être responsable individuellement. Il faut que chaque infirmière soit responsable de ses actes. » Ces trois dernières réflexions ont été citées par plusieurs infirmières.

Les *infirmières ayant cinq ans et moins* disent à l'égard de ces mêmes concepts : « Nous sommes responsables de nos actes et de leurs conséquences autant en tant que groupe qu'individuellement. Chacune a une part de choses à faire pour faire évoluer la profession. Une responsabilité collective débute par une responsabilité individuelle. Chaque personne est responsable de son savoir faire, être et faire. La notion d'engagement et d'implication personnelle est sous-jacente. Faire en sorte de responsabiliser l'individu, ne faire que pallier le manque. Une

infirmière est une professionnelle, mais aussi une citoyenne qui a des devoirs, des responsabilités envers la société dans laquelle elle vit. La responsabilité d'un patient revient à un groupe de professionnels, mais le patient est sous ta responsabilité individuelle pendant ton quart de travail. »

Les *infirmières ayant de six à dix ans d'expérience* répondent que : « Ça commence individuellement. Si chacun se responsabilise auprès de la profession, la responsabilisation aura un poids collectif. Je fais un lien avec mon autonomie professionnelle que je dois maximiser dans ma pratique. Cette autonomie doit m'aider à favoriser l'autodétermination chez les patients. L'infirmière doit être responsable de ses propres actes en utilisant toutes les ressources et le savoir disponibles par la collectivité. Nous sommes une équipe multidisciplinaire, nous travaillons tous ensemble et chacun de nous doit y mettre du sien. L'action est individuelle mais doit aussi être collective. »

Les *infirmières ayant onze ans et plus* disent que : « Je suis responsable de tout acte posé, mais je suis aussi responsable lorsque je vois quelqu'un commettre une erreur et que je ne la dénonce pas. Il est très difficile de responsabiliser ses pairs sans l'être soi-même. Nous sommes responsables de notre pratique quotidienne et c'est notre devoir qu'elle soit respectée par nos consœurs et confrères. Nous devons être individuellement responsables, mais aussi collectivement, car c'est par rapport au soin du patient, un ensemble qui ne peut que faire un ensemble, un tout. En tant que personne, je joue un rôle personnel dans le respect et l'application des valeurs. Cet engagement personnel a un effet sur ma profession, mon entourage, ma collectivité. Se mettre à jour, bien comprendre ce que je fais. Je suis responsable légalement avec l'équipe en place ne se

limite pas aux patients. Nous devons tous voir au bien-être et à la sécurité de la clientèle, à l'unité et au service. Je crois que l'un ne peut aller sans l'autre. »

Les *infirmières ayant 51 ans et plus* révèlent que : « Je suis responsable de mes actes, mais le milieu doit tenir compte de ma compétence, de ma charge de travail et me fournir le support professionnel nécessaire. Je dois me garder à jour dans mon milieu et prendre les moyens pour devenir un agent de changement dans ma collectivité. Collective dans le sens de recevoir du support et du feed-back de mes coéquipières. Je dois me responsabiliser en premier dans le travail d'équipe. Nous pensons cela des infirmières qui pratiquent depuis plusieurs années. C'est une affaire collective. C'est à chacune. Une personne n'a pas répondu. »

Pour le deuxième concept celui de l'*autonomie* issue d'une citation de Lipovetsky. « *Il nous revient en dernier recours d'assurer cette autonomie.* »

À la question du lien que font les *étudiantes* infirmières avec leur pratique professionnelle par rapport à l'autonomie, nous trouvons : « Nous devons être autonomes pour apprendre à être responsables. Nous devons être responsables par nous-mêmes. Nous devons, et c'est obligatoire, être responsables de nos actes sans qu'une tierce personne nous le dise. Nous ne pouvons avoir tout le temps une personne pour nous dire quoi faire, il faut être responsable. Nous devons prendre en charge la responsabilité de la personne et en subir les conséquences. Il faut être autonome pour exercer la profession, donner des soins de confort et de bien-être. Il faut savoir quoi faire nous-mêmes. Laisser la chance au patient d'être autonome et valoriser cette action. Conduire le patient vers l'autonomie le plus possible, ne rien faire à sa place. Juger de mes connaissances et

compétences. Revient à chacun, car sans cela l'infirmière n'est pas aidante et peut être dangereuse. Nous ne devons jamais remplacer un patient, nous devons l'aider et favoriser l'autonomie. Lorsqu'une personne ne peut pas défendre ses droits, elle n'est pas autonome; l'infirmière doit la défendre. C'est au patient de se prendre en main, nous ne pouvons que compléter; s'il ne s'aide pas, nos efforts sont vains. C'est nous qui donnons les soins; nous devons être autonomes dans nos pensées et nos gestes. C'est à moi de juger de quoi je suis capable. Ce que nous faisons en situation d'urgence nous laisse notre autonomie. Il est de notre plein gré, mais nous sommes autonomes dans nos actes. L'autonomie amène la responsabilité. Si on veut bénéficier de cette autonomie, il faut assumer les devoirs, la responsabilité qui vient avec. Nous sommes autonomes dans les actes qu'on pose; nous devons en prendre la responsabilité. Nous devons agir sainement dans des situations de travail en intégrant notre jugement. Tout faire pour notre travail. Nous sommes autonomes dans notre travail selon notre jugement clinique et nous devons prendre la responsabilité de nos actions et de nos décisions. Nous débrouiller seules et être autonomes, faire avec la situation, demander de l'aide au besoin. Prendre la décision de prendre cette responsabilité, que tous nous fassions nos tâches correctement. Nous devons toujours gérer et assurer la continuité des soins de nos clients, par exemple lorsque l'on est jumelé avec d'autres professionnels; même si certains des collègues agissent d'une certaine façon, il en revient à moi de décider si ce comportement me convient. Notre responsabilité envers nos actes et nos connaissances de nous. On doit être responsable, s'assumer mais aussi, s'il y a lieu, tout le groupe doit assumer. » Deux personnes ne savent pas quoi répondre et six personnes n'ont pas répondu.

Les *infirmières expérimentées* par rapport au concept de l'*autonomie* répondent que :
 « Lorsqu'on doit faire des interventions, c'est nous qui portons le chapeau des actes posés, mais

nous sommes responsables des décisions prises, c'est-à-dire aller chercher de l'aide au besoin. Notre autonomie doit être basée sur un cadre de référence formel, sur une logique précise. Les recherches et les connaissances doivent être en application et guider notre autonomie. La surspécialisation des milieux fait que les connaissances augmentent et se perfectionnent. Considérant la rareté des ressources dans le domaine hospitalier, l'infirmière doit être capable de poser plus d'actes autonomes afin que le client ait une « plus valeur » dans les services reçus. Avec le manque de personnel nous avons de plus en plus de soins et d'actes délégués; cela nous conduit vers une plus grande autonomie. L'autonomie est l'essence de la profession. C'est de se mettre à jour selon l'évolution des soins et selon les disciplines. La modernisation des soins, l'autonomie, nous aident dans le rapport avec nos patients; nos soins sont davantage personnalisés. Le savoir donne plus d'autonomie. Nous devons garder nos connaissances à jour. Les séjours hospitaliers sont diminués; cela implique la participation des familles afin que le patient soit le plus autonome possible. Le lien entre la pratique et l'autonomie est le jugement, le respect et l'autonomie. C'est notre capacité de décision. Nous travaillons sous une certaine hiérarchie et c'est nous qui sommes plus près de la clientèle. Planifier, être efficaces, utiliser notre jugement et demander de l'aide. C'est le libre arbitre. Je dois me centrer sur ce que je connais, je pense, je crois, je ressens pour prendre une décision importante; également ne pas craindre de partager mon « unicité » dans l'équipe de soins. L'autonomie, c'est être capable de s'affirmer tout en tenant compte de l'autre. Se voir comme partie prenante de tous les événements. C'est à nous que revient d'intégrer dans notre pratique le bout entre l'exécution du soin et l'accomplissement de soi. Il ne s'agit pas que d'exécuter mais de bien faire avec la relation. Notre pratique induit ce pouvoir de décision d'activités qui nous sont réservées. Capacité décisionnelle et de l'utilisation des compétences. »

Une personne a indiqué qu'elle ne comprend pas la question.

Les *infirmières ayant cinq ans et moins d'expérience* citent que : « Le lien entre l'autonomie et la pratique est le jugement. On doit pratiquer avec un jugement qui permet à l'autonomie d'être présente. Avec le manque de personnel, nous avons de plus en plus de soins délégués. Il faut être de plus en plus autonome dans l'exercice. L'autonomie infirmière prend de plus en plus d'ampleur. Le champ de pratique est élargi. On peut évaluer, initier des mesures diagnostiques. »

Les *infirmières ayant de six à dix ans* révèlent que : « Notre autonomie doit être basée sur un cadre de référence formel, sur une logique précise. Les recherches et les connaissances doivent être en application et guider notre autonomie. C'est l'essence de notre profession. Nous travaillons pour que les patients soient le plus autonomes possible à domicile. C'est décider. Nous travaillons sous une certaine hiérarchie et c'est nous en tant qu'infirmières qui sommes le plus proches du patient. L'autonomie, c'est de pouvoir s'informer, s'instruire et se développer davantage avec les nouvelles technologies et découvertes dans le monde de la santé. C'est d'en savoir plus et en se responsabilisant. C'est de donner son avis. Vient des batailles faites pour augmenter notre champ de pratique et notre capacité à gérer certaines situations sans prescription médicale. L'autonomie n'existe pas, la suite est celle de m'occuper humainement du patient. »

Les *infirmières ayant onze ans et plus d'expérience* dévoilent que : « Lorsqu'on doit faire des interventions, c'est nous qui portons la charge des actes posés. Nous sommes responsables des décisions prises. La situation actuelle exige beaucoup d'autonomie. La situation des milieux fait en sorte que les infirmières doivent augmenter leurs connaissances, se perfectionner. Elles doivent

assurer cette autonomie que la productivité entraîne. L'autonomie nous aide dans le rapport avec notre patient. Elle nous aide à rendre les soins plus personnalisés tout en respectant les normes. C'est en rendant les gens autonomes dans leurs soins que les gens vont mieux subvenir à leurs besoins. Augmenter son savoir – la quête. Nous devons individuellement exercer cette autonomie qui nous vient de notre savoir et notre responsabilisation lorsque nous en avons le pouvoir et le faire en tant que collectivité. »

Les infirmières de 51 ans et plus par rapport à ***l'autonomie*** avancent que : « Avec la rareté des ressources, l'infirmière doit être responsable et capable de poser plus d'actes autonomes afin que le client reçoive plus. Se trouver un style en lien avec les exigences organisationnelles. Il nous revient de parfaire nos connaissances, de reconnaître nos limites ou nos lacunes et de profiter de chaque occasion pour s'améliorer. L'infirmière doit être certaine de son rôle. Elle doit connaître et avoir intériorisé tous les aspects de sa profession, penser qu'elle ne pratique pas nécessairement avec d'autres infirmières. La profession est en évolution, nous devons assumer plus de responsabilités et nous devons faire nos soins avec compétence et vigilance. C'est l'influence et le questionnement. S'affirmer en tenant compte des autres. Les jeunes doivent être encadrés. »

CHAPITRE V

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

L'interprétation que nous faisons de l'ensemble des données fournies par chacune des réponses provenant du questionnaire d'enquête permet de répondre aux objectifs de notre recherche. Ils consistent à vérifier si les valeurs exprimées par la nouvelle génération d'infirmières présentent des différences significatives avec celles de leurs aînées, et si ces différences peuvent être interprétées dans le sens de la thèse de l'individualisme responsable développée par Lipovetsky. Le travail d'interprétation consiste d'abord à examiner les propos tenus et les valeurs exprimées par les jeunes infirmières en notant, s'il y a lieu, des variantes par rapport aux doyennes. Rappelons que notre question initiale est de savoir si l'individualisme moral ou le souci de soi sont à l'œuvre chez les jeunes infirmières, et quelle place occupe à leurs yeux le souci de l'autre, le souci des besoins et du bien-être du patient.

Pour répondre à notre question initiale qui porte sur les valeurs qui motivent la profession infirmière et sur leurs effets sur la clientèle, nous utiliserons la plupart des réponses provenant des tableaux afin d'arriver à une interprétation qui soit le plus fidèle possible à la réalité des personnes interrogées.

À l'intérieur de cette étude, les premiers tableaux présentent des *mesures sociodémographiques* qui renseignent sur les caractéristiques des sujets à l'étude. Dans tous les groupes, les participantes de sexe féminin sont majoritaires à plus de 80 %. Nous avons comparé

entre elles les 62 novices et les 62 infirmières expérimentées. Pour mieux exposer chaque catégorie d'infirmières à l'étude, nous avons utilisé les étudiantes, les infirmières ayant cinq ans et moins et celles qui ont six à dix ans d'expérience qui appartiennent surtout au groupe d'âge des 30 ans et moins. À partir de onze ans d'expérience de travail, il apparaît que les infirmières de notre étude appartiennent davantage au groupe des 41 ans et plus d'âge. Notons que ce sont les étudiantes et les infirmières ayant onze ans et plus d'expérience qui sont le plus représentées dans l'étude.

Le *niveau* et le *lieu de formation*, par exemple à l'hôpital, sont des éléments dont nous avons tenu compte dans notre analyse. La formation en milieu hospitalier se retrouve en effet chez plusieurs doyennes. Nous croyons que cela a une incidence sur la manière d'être de l'infirmière, sur son schème de références et par conséquent sur les valeurs mises de l'avant par celles-ci. Par contre, la cohorte d'étudiantes poursuit sa formation en techniques infirmières, dans un programme collégial, même si certaines détiennent des diplômes universitaires dans d'autres domaines académiques. Chez les infirmières, la tendance à mener des études universitaires est élevée chez les plus jeunes qui, nous le supposons, choisissent cette option à la base, dans leur orientation de carrière, et chez celles qui ont plus de dix ans d'expérience, pour qui il s'agit d'un retour aux études. Il faut rappeler à ce propos que, depuis les années 1970, la formation à l'hôpital n'existe plus, les Cégeps ayant pris la relève. De plus, la promotion de la formation universitaire chez les infirmières est un phénomène récent dans l'histoire de la profession. Elle a notamment pris la forme de la campagne de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec faisant la promotion du baccalauréat pour toutes en l'an 2000, laquelle se poursuit toujours.

La propension des infirmières de notre étude à attribuer au *code de déontologie* un rôle punitif est révélatrice et se démarque surtout chez les infirmières de onze années et plus d'expérience. Or, chez les étudiantes, nous observons une tendance neutre; elles obtiennent des résultats presque identiques d'accord et de désaccord et une marque plutôt élevée à la réponse *ni en accord ni en désaccord*. Nous avons l'impression que cette position est peut-être due au fait que peu d'entre elles étaient en emploi au moment de la rencontre, ce qui rend le code de déontologie moins concret, davantage théorique. Par contre, la majorité des infirmières de dix années d'expérience et moins ne donnent pas un rôle punitif au code de déontologie. Chez ces infirmières, le pourcentage d'accord s'abaisse radicalement en regard de leurs aînées. La différence est notable. La cause est vraisemblablement attribuable à la formation académique reçue qui comporte, au cégep comme au baccalauréat, un volet sur les enjeux éthiques et légaux en soins infirmiers; elle peut aussi tenir à un rapport différent avec l'autorité ou une lecture différente du professionnalisme. Bref, la tendance principale indique que plus les infirmières sont expérimentées, plus le code de déontologie joue à leurs yeux le rôle de sanction des conduites non-conformes.

Nous poursuivons notre interprétation en nous reportant au tableau 6, qui fait état des associations de termes réalisées à partir des mots :valeurs, ordre professionnel, code de déontologie, normes, code d'éthique, règlement, croyance. Signalons d'entrée de jeu que nous ne reprendrons pas ici l'interprétation des associations réalisées à partir de la notion de *code de déontologie*, puisque les réponses vont dans le même sens que celles données au tableau 5. Ce qui vient confirmer notre analyse précédente. Nous nous concentrons donc sur les autres termes.

La différence est mince toutefois entre les catégories de répondantes; la tendance indique que plus les infirmières sont jeunes en expérience de travail, plus ce synonyme «*loi*» est en force, alors qu'il s'abaisse chez les plus expérimentées, laissant place à l'*équité* et à l'*égalité*. La réponse est claire également au terme **règlement** qui est unanimement associé à la *loi*; notons une différence à la baisse de plus de 10 % chez les débutantes.

À **valeurs**, les étudiantes ont associé les termes *respect*, *famille* et *personnelles* en proportions égales. Les infirmières de la catégorie cinq ans et moins ont également retenu les mots *personnelles* et *respect*, dans l'ordre. Quant à la catégorie 6-10 ans, elle fait référence à la *famille* et à la *croyance*. Il est intéressant de noter à ce propos que les plus jeunes infirmières semblent concevoir les valeurs comme un espace personnel. Par comparaison, chez les expérimentées, la dimension personnelle ou individuelle ressort moins; les associations qui sont faites avec d'autres termes que le *respect* pointant les concepts *demorale*, de *croyance*, et d'importance, ainsi que la valeur *d'humanité*.

L'item **ordre professionnel** a induit peu ou pas de nuances chez nos participantes; en effet, celles-ci ont toutes sélectionné, sans surprise, *l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*. Plusieurs étudiantes associent l'ordre professionnel à la *standardisation*, alors que les doyennes sont les seules à mentionner la *protection (support)*.

La **norme** rencontre le mot *règle* de façon très marquée chez les étudiantes, et fortement chez les infirmières expérimentées. Le résultat s'abaisse à près de la moitié chez les cinq ans et moins d'expérience, qui font toutefois intervenir les notions voisines de *normalité* et d'*habitude*.

Nous constatons que les étudiantes font aussi intervenir d'autres termes (*sécurité, respect*), alors et que l'association exclusive entre norme et règle devient davantage présente avec l'expérience et l'âge.

Le *code d'éthique* offre peu de différences marquées entre les participantes, alors que nous retrouvons des liens de proportion variable avec *référence, pensée, réflexion, morale, valeurs, comportement* et *règle*. Toutefois, soulignons que les plus jeunes associent le code d'éthique à la notion de valeur, de réflexion et de pensée, alors que les doyennes établissent un lien exclusif entre code d'éthique, règle et morale. Cette différence est significative si l'on interprète le terme *morale* comme un ensemble hiérarchisé de règles de conduite qui s'impose à la conscience, et que l'on associe l'éthique à la réflexion autonome sur les valeurs⁴. Sur cette base, on pourrait avancer l'hypothèse que les plus jeunes ont une perception éthique, alors que les doyennes ont une perception davantage morale. Nous retrouvons ici une distinction qui était apparue dans l'analyse des associations avec le terme *valeurs*.

Quant au vocable *croissance*, il est intéressant de noter qu'il est fortement lié à la *religion* dans toutes les catégories sauf deux, celle des 5 ans et moins et celle des 51 ans et plus. L'association avec les termes *valeur* et *personne (individuel)* se retrouve respectivement dans 4 et 3 catégories.

Lorsque nous posons un regard d'ensemble sur les résultats précédents, la perspective juridique, la déontologie et la règle y sont prépondérantes chez la majorité des sous-groupes et à

⁴ Voir à ce propos Yves Boisvert, Magalie Jutras, Georges A. Legault, Allison Marchildon, avec la collaboration de Louis Côté, *Petit manuel d'éthique appliquée à la gestion publique*, Montréal, Liber, 2003.

un moindre degré chez les cinq ans et moins d'expérience; de plus ces concepts semblent généralement compris selon leur acception habituelle, c'est-à-dire comme un ensemble de normes qui s'impose aux personnes. Sur cette base, on peut soutenir que l'affirmation de soi, plus caractéristique de la sensibilité morale post-moderne, est peu présente ou qu'elle s'exprime de manière détournée. Dans l'ensemble, les infirmières interrogées n'ont pas saisi l'occasion qui leur était donnée d'affirmer ou de revendiquer leur autonomie morale face à l'ensemble des devoirs qui s'imposent à eux. Par contre, certains indices nous paraissent pointer vers une différence d'attitudes entre les jeunes infirmières et leurs doyennes, notamment à propos de leur vision du code d'éthique et des valeurs qui sont associées à un investissement personnel, à un souci de soi par les plus jeunes. Cette différence peut être interprétée dans le sens de notre hypothèse initiale, à savoir que les infirmières débutantes adhèrent davantage à une forme de personnalisation des enjeux et des attitudes d'ordre éthique, alors que les plus expérimentées traduisent davantage une morale du devoir. Il faudra voir si cette interprétation se vérifie en regard des autres résultats.

En examinant de nouveau les valeurs en cause dans le milieu de travail des infirmières, on constate que les réponses se ressemblent d'une catégorie à l'autre; la plupart situent le *respect* au premier plan, un groupe privilégiant le *professionnalisme*. Si l'on entend par cette dernière valeur la qualité d'une personne qui exerce correctement sa profession, on peut avancer que les valeurs de *respect* d'*honnêteté*, de *partage* et de *responsabilité* constituent autant de facettes du professionnalisme et que l'ensemble des participantes semble y adhérer. Sur cette base, il est logique de penser que les jeunes infirmières sont préoccupées par le professionnalisme autant que leurs aînées. Il ne serait donc pas justifié d'affirmer qu'elles se déresponsabilisent face à la

clientèle (ce que craignent certaines infirmières d'expérience citées au début du mémoire), ou que leur individualisme, s'il est confirmé, ne serait pas responsable. Mais poursuivons l'interprétation.

Dans le sens où nous avons défini les différents concepts, *l'école du caring* appartient à un courant de pensée et à un *paradigme infirmier* spécifique, celui *de la transformation* (Intégration-Transformation). En interprétant les réponses formulées à propos de ce paradigme, nous sommes à l'affût des manifestations d'un système de valeurs qui serait propre aux jeunes infirmières, et qui serait en lien avec l'*éthos* dit postmoderne. Un premier examen des données nous amène à dire que les infirmières connaissent le *caring*. La majorité des résultats sont élevés à cette question, mis à part ceux des étudiantes, chez qui le taux de *ni en accord ni en désaccord* indique une position plutôt neutre. Cela nous questionne : est-ce que les étudiantes connaissent le *caring* dans le sens où nous nous l'avons défini? Est-ce que le *caring* serait polysémique pour les infirmières? Il nous est malheureusement impossible de vérifier cette variable. Prenant en considération cette limite de la question, nous aurions certainement gagné en présentant aux sujets dès le départ notre propre définition du *caring*. Finalement, nous dirons que ce sont les infirmières ayant cinq ans et moins d'expérience ainsi que les 51 ans qui se démarquent à la hausse pour approuver l'affirmation que le *caring* est l'essence de la discipline. Ce résultat montre que la majorité des infirmières possèdent un schème de référence qui s'insère dans le paradigme de transformation, ce qui est moins vrai chez les étudiantes, qui connaissent peut-être peu l'impact important de cette approche dans la pratique infirmière, sans doute à cause de leur inexpérience. En effet, le *caring*, c'est l'ouverture, la souplesse, la créativité, bref une perception différente du présent et un regard positif vers le futur.

Ces résultats alimentent l'interprétation et deviennent un élément de réponse important en rapport avec notre questionnement initial, qui portait sur les valeurs qui motivent la profession infirmière et sur leurs effets probables sur la clientèle. Nous ne savons pas pourquoi cette approche du soin est si manifeste chez les jeunes infirmières. Mais une chose est évidente, c'est que le groupe qui a placé ce courant de pensée en dernier plan provient des étudiantes. Cela pourrait peut-être s'expliquer par une analyse des programmes de formation suivis par l'un et l'autre groupe.

Il est vrai que, depuis quelques années, des efforts ont été faits par les chercheuses et les théoriciennes en soins infirmiers, pour promouvoir de nouvelles idées, de nouvelles approches. Il y a, en quelque sorte, un mouvement de création interne à la profession, en vue de créer les outils conceptuels nécessaires pour s'adapter à la société. Face à cette dynamique, nous ne privilégions ni l'un ni l'autre des paradigmes (intégration, transformation) dans le cadre de notre recherche; notre analyse se veut descriptive.

Nous avons aussi questionné les infirmières sur les *aspects* qu'elles *privilégient auprès du patient lors des soins* en leur demandant de classer par ordre d'importance le *confort*, la *sécurité*, *l'aspect légal* et la *prescription médicale*. Il est intéressant de constater que l'aspect légal est au dernier plan et la prescription médicale, en avant-dernier plan; il y a d'ailleurs unanimité des réponses chez tous les groupes. Par contre, on observe de faibles écarts dans la priorité attribuée au confort et à la sécurité, qui viennent au premier ou au second rang chez tous les groupes. Nous y voyons la difficulté des infirmières à trancher pour l'une ou l'autre des réponses. Le bilan de ces réponses est facile à construire : nous comprenons que les infirmières se penchent davantage

sur la personne immédiate, avant d'aborder les dimensions normatives. Nous constatons aussi par ces résultats que la prescription médicale et l'aspect légal font partie intégrante de l'agir infirmier à travers une approche sécuritaire, où l'on vise aussi à assurer le confort de la personne.

Dans un deuxième temps, nous avons posé la même question aux infirmières en lien cette fois-ci avec ce que *leurs collègues infirmières privilégient dans leur pratique infirmière*. Le point commun chez tous les groupes, c'est que l'aspect légal est placé en dernier de liste. La prescription médicale obtient le premier rang pour quatre des cinq catégories; seules les infirmières ayant de six à dix ans d'expérience l'ont placée en deuxième, en lui préférant la sécurité. Les 51 ans et plus ont conservé le confort en premier, mais la prescription médicale demeure, à moindre degré, au premier rang. La sécurité a été choisie en deuxième ou en troisième lieu, en alternance avec le confort et parfois les deux. Notre interprétation est de dire que les infirmières de toutes les catégories considèrent que leurs pairs répondent prioritairement à la demande médicale. En d'autres termes, que les autres sont moins portées qu'elles-mêmes à placer l'individu au centre du soin. Notre devis de recherche ne nous permet pas d'expliquer cette différence entre la perception de soi et des autres, mais elle soulève la question de la vision qu'ont les infirmières de l'humanisation des soins en général dans leur milieux de pratique.

La perception qu'ont les infirmières d'elles-mêmes a aussi été explorée par le biais d'autres questions, notamment les interrogations à savoir si *elles sont expertes ou non* et si *la discipline infirmière est scientifique ou non*. Règle générale, plus de la moitié des infirmières se considèrent comme des expertes, des spécialistes dans leur champ d'exercice. Elles se reconnaissent les qualités d'être habiles, compétentes et expérimentées. Les résultats montrent

que ce sont surtout les infirmières parmi les plus âgées qui chérissent cette vision de l'expertise infirmière.

À savoir si la *discipline infirmière est perçue comme scientifique*, la réponse est positive à plus de 50 % pour la totalité des participantes. Cependant, ce sont les infirmières ayant cinq ans et moins et les 51 ans et plus qui ont les résultats les plus élevés et les plus ressemblants, pour dire que le domaine infirmier est scientifique. À l'opposé, celles qui ont de six à dix ans d'expérience sont les moins convaincues de cela. Nous pouvons évoquer plusieurs causes possibles à ces perceptions, de manière hypothétique. Les avancées théoriques et les recherches en soins infirmiers sont en effet de plus en plus présentes au niveau des discours et des écrits, ainsi que dans les programmes d'enseignement. Dans un tel contexte, il est normal que les infirmières récemment diplômées, surtout celles qui ont fait des études universitaires, considèrent que la discipline infirmière est scientifique. Nous croyons que le fait que les 51 ans et plus retournent faire des études universitaires expliquerait leur vision scientifique.

Dans le chapitre précédent, nous avons rassemblé les verbatim obtenus sur *le rôle de l'infirmière* et sur *la définition du soin*, car il y a recoupement entre les témoignages. Et nous avons fait ressortir les principaux éléments de réponse; c'est ce corpus que nous analysons maintenant.

Pour les étudiantes, *le rôle de l'infirmière* est assez typique, celui de soigner, d'offrir le support, de suppléer au manque de la personne et de l'aider à retrouver son autonomie à la suite d'un problème de santé. Elle est éducatrice, elle est le pivot et elle a la *responsabilité* d'assurer la

continuité des soins. Elle promeut la santé, prévient la maladie et aide le patient à trouver une signification à son expérience de santé. Elle participe aux soins, évalue la condition physique et mentale, exécute les traitements médicaux, enseigne.

Pour les infirmières expérimentées, l'infirmière observe, analyse, intervient en utilisant une démarche basée sur des connaissances scientifiques à travers un rôle d'autonomie et d'indépendance. Elle collabore avec les intervenants des autres disciplines. Elle est le pivot, le lien, la spécialiste des soins, la confidente, l'aidante; elle est l'experte, elle assure la sécurité du patient. Par son savoir-être elle fait preuve d'écoute et d'empathie. De façon générale les réponses sont assez homogènes, à quelques exceptions près; par exemple, les infirmières de cinq ans et moins d'expérience qui se distinguent en choisissant *aider le patient à trouver une signification à son expérience de santé*, et les six ans à dix ans en soutenant *l'aspect du soin scientifique*; les infirmières de onze ans et plus d'expérience se démarquent en affirmant *il faut laisser ses préoccupations de côté et donner des soins objectifs*. Certaines de ce même groupe ont ajouté qu'actuellement, être infirmière c'est savoir tout faire : être secrétaire, commis et... si on a le temps, visiter nos patients. Les infirmières de 51 ans et plus ont complété en affirmant que leur rôle est de *conserver leurs connaissances à jour et de prodiguer les soins dans leur globalité avec le plus grand respect et avec dignité*.

Puisque nous en avons antérieurement présenté le verbatim, nous allons maintenant souligner les éléments de définition du soin qui différencient les groupes. Pour les étudiantes, la **définition du soin** renvoie à des actions et à des gestes normalement posés et prévus par les infirmières en vue de répondre à des attentes provenant d'une personne qui le nécessite. Mis à

part le fait que la majorité des réponses corresponde au stéréotype de l'infirmière, certaines caractéristiques semblent plus pertinentes aux yeux de quelques-unes. Notons la phrase qui évoque un ensemble de *techniques* faites pour procurer le bien-être à travers la relation d'aide, puis celle qui désigne l'application de *techniques* pour les traitements.

Globalement pour ce même point, chez les infirmières expérimentées de cinq ans et moins, on parle notamment *de l'agir et du travail d'équipe plaçant le patient au centre*; en voici une expression : *acte humaniste, holistique posé dans le respect des principes fondamentaux de l'éthique, soit l'autonomie, la justice et la bienfaisance*. Pour les six ans à dix ans, notons cette expression marquante : *agir en bon père ou en bonne mère de famille et compétence scientifique*. Nous remarquons chez les infirmières ayant onze ans et plus d'expérience que la majorité des énoncés recoupe ceux des autres groupes, sauf celui-ci : *Choisir pour le patient ce qui est le mieux pour lui*, lequel dénote une plus grande prise en charge du patient par l'infirmière que dans les autres groupes. Une telle réponse n'est pas étonnante puisque cela a fait longtemps partie et continue de faire partie de la formation et de la mentalité de l'infirmière, et des attentes de la population envers l'infirmière.

Les infirmières de 51 ans et plus en âge se préoccupent également beaucoup du bien-être du patient, dans le sens où plusieurs se sentent responsables, voire presque imputables, de son état et de sa récupération. Comparativement, d'autres groupes se reconnaissent aussi un rôle d'accompagnatrices, tout en plaçant leurs compétences au service du patient. Généralement, il y a peu de différence entre les groupes par rapport à la définition du soin. C'est lorsque vient le temps d'agir qu'on note que les groupes plus expérimentés le réalisent différemment. Elles

donnent l'impression qu'elles portent plus que les autres catégories à l'étude leurs patients sur leurs épaules. Ce qui indique par conséquent que les infirmières moins expérimentées placent davantage le patient au centre d'un acte de soins visant l'autonomie.

Notre interprétation des résultats des deux questions portant sur la réaction à une faute professionnelle, dont la brève histoire de cas, sera faite sans les distinguer. Nous présumons en effet que, dans les deux circonstances, les réponses font appel aux mêmes motivations intrinsèques des individus. De fait, lors de notre analyse, nous avons observé beaucoup de similitudes dans les propos.

Les étudiantes dénoncent unanimement la personne fautive après l'avoir avisée, après avoir tenté de lui faire comprendre la nature de sa faute et utilisé la procédure privilégiée de l'établissement. Il existe toutefois une particularité de ce groupe au plan de la perception de sa propre responsabilité : on souligne le fait que la situation doit être dévoilée, car en conservant le silence l'infirmière témoin devient fautive également. Au même titre, nous retrouvons chez les infirmières expérimentées une cohésion dans les réponses qui s'apparentent beaucoup à celles des étudiantes. Bien que dans les deux cas on dénonce la situation, nous constatons que les aspects responsabilisation et soutien à la personne répréhensible afin d'éviter que la faute ne se reproduise, ainsi que l'application des mesures correctives à la victime, augmentent chez les infirmières ayant plus de onze ans d'expérience et chez les 51 ans et plus surtout. Nous pouvons peut-être retenir la raison que le niveau d'expérience de travail et les valeurs personnelles privilégiées par les individus en cause jouent un rôle important dans notre analyse; mais nous n'avons pas questionné les participantes sur la valeurs qui les animent en pareille circonstance.

Quelle que soit la raison, il semble que le sentiment d'imputabilité des infirmières expérimentées soit plus prononcé que chez les infirmières plus jeunes.

Par rapport à *l'engagement professionnel* et *l'engagement personnel*, d'un commun accord les étudiantes ainsi que tous les groupes d'infirmières expérimentées se réfèrent à l'exercice idéal de la profession davantage centré sur le comportement. Par contre, on observe une nuance dans la manière de définir l'engagement personnel à mesure que l'infirmière avance en années de pratique. L'infirmière expérimentée conçoit l'engagement en termes de comportement, mais sous la forme d'une attitude attendue à travers des agirs professionnels plus ou moins normés, alors que la moins expérimentée décrit un engagement personnel traduisant des valeurs intérieures.

Nous parvenons à présent au point culminant de notre analyse, là où deux concepts difficilement dissociables se dégagent de la citation de Gilles Lipovetsky : celui de la *responsabilisation collective* et *individuelle* dans le premier volet de la question, et celui de l'*autonomie* dans le second. Dans l'ensemble, les énoncés retenus dans le premier volet se recoupent chez les étudiantes et les infirmières expérimentées. Selon ces énoncés, la responsabilité renvoie à un engagement à quelque chose, à l'idée que c'est l'affaire de chacun d'agir en sorte que ses *actions*, c'est-à-dire que son savoir-être et son savoir-faire, soient cohérentes en regard de l'idéal comportemental attendu. Même si le mot engagement n'a pas été nommé chez les novices, nous avons identifié des synonymes. De plus, pour ces dernières, la responsabilisation débute par soi pour s'exprimer ensuite à travers un partage engagé de la responsabilité dans la collectivité. Lors de l'analyse du premier volet portant sur la responsabilité, il est intéressant de noter que le mot *autonomie* n'est ressorti que chez les

infirmières expérimentées de six à dix ans d'expérience. Nous en déduisons, à la lumière des définitions formelles, que ce groupe d'infirmières qui ont l'expérience du terrain tout en faisant partie des plus jeunes, font possiblement un lien entre la responsabilité et la *liberté* de l'action, entre le libre arbitre et l'engagement, qu'elles perçoivent derrière l'engagement une volonté ou encore une disposition à faire quelque chose. Une telle interprétation pourrait être validée lors d'une étude ultérieure.

Pour ce qui est des réponses données en regard du deuxième concept, celui d'autonomie, il est intéressant de constater à quel point les mots responsabilité et responsable paraissent nettement liés dans les résultats. Pour les étudiantes, par exemple, il faut être autonome pour être responsable, et vice versa. Elles évoquent également le libre arbitre. En outre, chez les infirmières expérimentées, le jugement est étroitement lié à la raison, à l'engagement à quelque chose résultant de la responsabilité et au libre arbitre. En fait, remplir un engagement équivaut pour elles à agir en personne responsable. À la base, le jugement ou la raison agissent tel un moteur à l'action responsable, volontaire et autonome. Il apparaît évident que toutes les infirmières croient en l'autonomie basée sur la raison ou le jugement. Notons que parmi les réponses des infirmières ayant de six à dix ans d'expérience et plus nous constatons qu'en augmentant leurs connaissances sur les différents concepts, elles voient plus clairement leur action en termes d'engagement et par conséquent, elles se responsabilisent.

Dans la conjoncture organisationnelle actuelle, elles ont aussi souligné qu'être autonome exige un savoir-faire, un savoir-être et un engagement tels une préoccupation ou un intérêt qui, à terme, se tourne vers la collectivité. On peut d'ailleurs penser, en songeant à la problématique

initiale de cette recherche, que c'est à partir de ces perceptions et de ces valeurs que les infirmières d'expérience construisent leurs réflexions à propos des nouvelles infirmières. En ce sens, l'inquiétude manifestée par certaines doyennes s'enracine dans un souci éthique, et non pas seulement dans l'adhésion à une éthique professionnelle traditionnelle.

Toujours sur le plan descriptif, nous abondons dans le sens que de meilleures connaissances fournissent à la réflexion les outils qui permettent d'exercer correctement le jugement et de l'actualiser à travers des gestes autonomes, engagés et responsables, qui prennent tout leur sens au moment où la personne est en relation avec les autres. Pour les infirmières qui exercent une profession où les contacts humains sont à la base de la pratique, les enjeux de la responsabilité et de l'autonomie sont capitaux.

CONCLUSION

Cette étude avait pour but de répondre à la question de recherche : peut-on décrire « objectivement » l'émergence d'une nouvelle approche de la responsabilité chez les jeunes infirmières, qui vienne illustrer la thèse de l'individualisme responsable de Lipovetsky? Notre approche descriptive et analytique s'est réalisée sous forme d'enquête auprès de la clientèle visée.

C'est ainsi que 62 étudiantes du Cégep de Lévis-Lauzon et 62 infirmières expérimentées divisées en quatre sous-groupes ont été comparées par le biais du questionnaire d'enquête. Elles ont dû se positionner face à leur pratique et face à leurs valeurs personnelles certes, mais aussi professionnelles. Elles se sont également prononcées et situées par rapport à certains concepts et paradigmes de soins infirmiers, et par rapport au rôle et à la responsabilité de la profession infirmière.

Sur le plan méthodologique, nous avons privilégié une analyse statistique suivie d'une interprétation des résultats à la lumière d'un cadre conceptuel centré sur la thèse de Lipovetsky. Rappelons que cette interprétation nous a permis de tirer des conclusions à deux niveaux. Nous avons pu montrer la pertinence de notre cadre conceptuel pour analyser l'évolution des valeurs infirmières; nous avons pu rendre compte, dans une certaine mesure, du lien que nous espérions faire au départ avec la thèse de l'individualisme responsable. Nous avons également pu mettre en relief certaines différences significatives entre l'éthos des jeunes infirmières et celui des plus

expérimentées : la découverte des caractéristiques des catégories d'infirmières a en effet été rendue possible par le questionnaire d'enquête sur mesure.

Il importe de rappeler, au terme de notre recherche, que l'analyse statistique n'avait pas pour but de mettre en relief des variables psycho-sociologiques «objectives». Par exemple, nous ne prétendons pas avoir produit un tableau complet et validé des valeurs des infirmières de moins de dix ans d'expérience, qui serait généralisable à l'ensemble des infirmières du Québec. Par contre nous croyons que l'outil statistique était le seul moyen de mettre en évidence des tendances et de les attribuer à des catégories d'infirmières, ce que la méthode d'entrevue, par exemple, n'aurait pas permis d'établir.

L'analyse statistique verticale et l'interprétation de ces résultats révèlent peu de différences au premier abord entre les étudiantes infirmières, celles qui sont peu expérimentées et celles qui le sont davantage. Comme notre objectif principal était de vérifier si les valeurs exprimées par la nouvelle génération d'infirmières présentaient des différences avec celles de leurs aînées, nous les avons regardées de plus près.

Notre analyse plus fine a mis en lumière certaines différences significatives quant à la manière de voir, de comprendre et d'exercer la profession infirmière, et a permis de constater qu'il y a un lien à faire entre évolution des valeurs sociétales, formation des infirmières, valeurs individuelles, attitudes professionnelles, éthos individualiste (Lipovetsky) et certains concepts du *caring*. À l'opposé des infirmières plus expérimentées, la nouvelle génération semble plus cartésienne, peu guidée par la peur de la sanction. Son sens de la vocation est moins développé.

Elle devient infirmière par choix, elle s'engage tout en souhaitant préserver son autonomie. Elle a un grand souci de soi et des autres. Elle participe pleinement aux tâches professionnelles lors des périodes de travail, mais elle pose des conditions et des limites à l'extension de ces tâches.

Globalement, les résultats démontrent des différences significatives entre deux groupes. Ainsi, nous pouvons affirmer que les infirmières moins expérimentées se veulent responsables, mais de manière conditionnelle au respect de leur autonomie, alors que les plus expérimentées s'engagent de manière plus inconditionnelle, exprimant une grande tendance vocationnelle. Nous avons aussi montré que ces dernières étaient davantage influencées par l'aspect normatif, voire punitif, des règles de pratique. Notre étude ne permet cependant pas de répondre par l'affirmative à certaines questions d'interprétation : par exemple, comment se traduisent les principes du *caring* dans l'attitude de l'individualisme responsable selon Lipovetsky?

Différentes auteures se sont penchées sur les valeurs de la profession infirmière, selon des approches différentes de notre étude. Il peut être pertinent pour ouvrir cette conclusion en perspective, de signaler brièvement quelques pistes de recherche complémentaires qui mériteraient d'être explorées.

Nous pensons d'abord aux recherches de Patricia Rodney, en particulier celles qui portent sur les effets engendrés par la postmodernité sur la pensée éthique et le jugement éthique pratique des infirmières. Des travaux de Rodney, nous retenons d'abord la place qu'elle accorde à l'environnement socio-culturel, au milieu clinique et au contexte socio-politique, dans le façonnement des relations humaines et professionnelles, et partant dans le rapport que les

professionnelles de la santé entretiennent avec les normes et les valeurs. Cette thèse, de même que la conception de la postmodernité de Rodney, vont dans le sens des postulats de notre étude et des travaux de Lipovetsky qui nous ont servi de référent. Rodney écrit à propos de l'influence de l'environnement :

A postmodern frame therefore influences how we view human relationships generally and in health care specifically. Whereas modern thinking tends to divorce individuals from their social context, postmodern thinking (re) centres the idea that human relations are rooted in both social and historical contexts.⁶⁹

Nous retenons aussi cette idée centrale que l'expérience éthique des infirmières est à comprendre dans la dynamique de l'interaction entre leur adhésion aux normes (déontologiques, légales, administratives) et l'obligation qu'elles ressentent d'agir dans le souci du patient comme sujet moral. Elle écrit à cet égard :

Thus, postmodern critiques have opened up space for questioning the previously unquestioned, which invariably leads to new possibilities for considering the meaning of ethical relationships. Questions about the value of either normative or local knowledge about ethical relationships become less of an either/or and more of a both/and, particularly as, for instance, nurses work back and forth in practice between a professional code of ethics and their obligation to be responsive to the particular needs, experiences, and contexts of patients' lives.⁷⁰

⁶⁹ Janet I. Storch, Patricia Rodney, Rosalie Starzomski (2004) *Toward a moral horizon. Nursing Ethics for Leadership and Practice*. Pearson Education Canada Inc., Toronto, Ontario.p.141.

⁷⁰ Op.cit.,p.140.

Dans la suite de notre étude, il serait intéressant d'explorer plus à fond les facteurs précis qui déterminent l'évolution de cette dynamique, de même que les manifestations de cette dynamique dans les relations concrètes de soins, tant chez les novices que chez les plus expérimentées. Une telle exploration pourrait également apporter des éléments de réponse à la question de l'évolution des valeurs de la profession infirmière dans le contexte de l'ethos postmoderne : l'influence du contexte socio-culturel peut-elle être interprétée comme un obstacle ou un avantage à au développement de l'éthique professionnelle?

Nous mentionnons ensuite les travaux de Patricia Benner sur la motivation de l'action chez les infirmières en milieu clinique. Son ouvrage *Clinical Wisdom And Interventions In critical Care : A Thinking-In-Action Approach* propose plusieurs exemples où la pensée critique de l'infirmière est à l'œuvre. Elle défend la thèse que le jugement clinique de l'infirmière procède davantage d'une compréhension en contexte de l'ensemble des variables évolutives de chaque cas, au lieu de mettre en œuvre un raisonnement fondé sur l'application des règles : « We think the (artist) expert is engaged in productive thinking in-action based on a narrative understanding of the situation, rather than on the rule-governed thinking »⁷¹ Elle ajoute : « Although scientific evidence is essential to good practice, the clinician must develop skills of reasoning that are closer to a moving picture where sequence, development, change, and nuance can be considered.[]. That is why we believe that developing skills of narrative reflection on practice is particularly helpful in developing expert clinical judgment ».⁷²

Dans la suite de notre recherche, il serait intéressant d'étudier la conception de la pensée critique ou du jugement clinique tel que défini par Benner, pour en examiner et en comparer

⁷¹ Patricia Benner, Patricia Hooper-Kyriakidis, Daphne Stannard, (1999). *Clinical Wisdom And Interventions In critical Care : A Thinking-In-Action Approach*, W.B. Saunders Company. Philadelphia, Pennsylvania. p.8.

l'exercice chez les infirmières novices et chez les plus expérimentées et mettre ces données en rapport avec nos résultats de recherche à propos de l'autonomie morale des infirmières en contexte postmoderne.

Finalement, tout en étant consciente des pistes qui restent à explorer, nous croyons que notre étude a su mettre en relief une différence notable entre les infirmières novices et expérimentées due à leur formation, certes, mais grandement attribuable à l'influence de la société dans laquelle nous vivons.

En ce sens, la force principale de notre étude a été de valider la pertinence de notre cadre conceptuel en même temps que de mettre en relief des tendances qui indiquent une différence significative de valeurs entre les jeunes infirmières et les plus expérimentées. Cette validité repose en bonne partie sur l'enquête par questionnaire qui nous a permis une grande accessibilité aux infirmières en exercice, et qui a bénéficié d'une grande participation et d'une variété appréciable de répondantes.

Une limite à notre étude est de ne pas avoir été en mesure de mener des entrevues individuelles ciblées sur le terrain, en complément de notre enquête. Il aurait été enrichissant d'approfondir les réponses aux questionnaires en demandant aux participantes de s'exprimer plus longuement sur leurs options morales et professionnelles. Malheureusement, les infirmières n'auraient pas pu y participer au moment où nous avons réalisé notre recherche, pour des raisons de disponibilité et de logistique. En cas de poursuite de cette étude, nous croyons que l'entrevue deviendrait un passage obligé.

⁷² *Op.cit.*,p.11

Pour terminer sur une note plus réflexive, lorsque nous prodiguons des soins à une personne, nous sommes dans l'action, dans le mouvement. Nous savons que nos valeurs commandent nos actions et nos attitudes, sans pouvoir les identifier et y réfléchir de manière approfondie. Les modèles théoriques comme celui du *caring* se traduisent dans des épisodes de soin, mais là encore l'attitude, les valeurs reliées au paradigme infirmier entrent souvent en jeu sans être complètement réfléchis. Pour continuer sur cette lancée, il existe un lien intéressant à faire entre les valeurs portées par les infirmières, les paradigmes infirmiers et la thèse de l'individualisme responsable de Lipovetsky, mais un tel lien est encore moins présent dans l'esprit des infirmières qui sont engagées dans l'action. Nous espérons que cette étude aura permis de rendre ces dimensions éthiques plus présentes dans les réflexions et les discussions des praticiennes. Et qu'elle aura permis de lever un coin du voile sur la question : qui est justement cet individu responsable? Qui se reconnaît dans cette personne détachée des vieux fantômes, ou qui ne les a jamais connus, cette personne spontanée et capable d'affirmation de soi, d'autonomie morale et d'engagement.

ANNEXE (1 et 2) **COMPILATION DES RÉPONSES DES ÉTUDIANTS DU CÉGEP LÉVIS-LAUZON**

1. Depuis combien d'années exercez-vous la profession d'infirmière?

Étudiant (e) en techniques infirmières		62 répondants
--	--	---------------

2. Quel niveau de scolarité le plus élevé avez-vous obtenu?

Niveau de formation		Nombre de répondants
En formation		62
Collégial	23 %	14
Universitaire	6,4 %	4

3. Vous travaillez principalement sur quel quart de travail

Quart de travail		Nombre de répondants
Étudiant (e)		62
Jour	5%	3
Soir	3,2 %	2
Nuit	2%	1

4. Le code de déontologie est là pour sanctionner. Dites jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec l'énoncé.

Tout à fait d'accord	17 %
Plutôt en accord	22 %
Tout à fait en désaccord	8 %
Ni en accord ni en désaccord	24 %
Plutôt en désaccord	25 %
Aucune réponse	1,6 %

5. Parmi la liste suggérée, inscrivez en un mot à quoi cela fait référence pour vous

Valeur	Ordre professionnel	Code de déontologie	Norme	Code éthique	Règlement	Croyance
Respect 16 %	OIIQ 19 %	Éthique 13 %	Règle 21 %	Référence 66 %	Loi 35 %	Religion 44 %
Famille 16 %	Infirmière 17 %	Conduite 11 %	Loi 10 %	Valeur 19 %	Police 8 %	Personnelle 15 %
Personnelle 16 %	Progression 10 %	Loi 8 %	Balise 6,4 %	Morale 11,2 %	Obligation 6,4 %	Valeurs 15%
Importance 13%	Public 8 %	OIIQ 8 %	Société 6,4 %	Conduite 11 %	Direction 6,4 %	Individuelle 5 %
Principe 6,4 %	Standardisation 8 %	Protection 6,4 %	Sécurité 6,4 %	Respect 8 %	Stricte 6,4 %	Idée 5 %

Valeur	Ordre professionnel	Code de déontologie	Norme	Code éthique	Règlement	Croyance
Choix 6,4 %	Groupe 6,4 %	Sanction 6,4 %	Travail 6,4 %	Loi 8 %	École 6,4%	Responsabi- lité 3,2 %
Éthique 6,4 %	Loi 5 %	Règlement 6,4 %	Respect 6,4 %	Nécessité 6,4 %	Sécurité 5 %	Respect 3,2 %
Amour 6,4 %	Sérieux 5 %	Confidentia- lité 5 %	Généralité 5 %	Philosophie 6,4 %	Respect 5 %	Pensées 3,2 %
Morale 5 %	Gestion 3,2%	Devoir 5 %	Barème 5 %	Fondement 5 %	Justice 5 %	Culturelle 3,2 %
Transmettre 5 %	Bonne conduite 3,2 %	Bases à suivre 5 %	Environne- ment 3,2 %	Règle 5 %	Municipal 3,2 %	Amour 3,2 %
Paix 5 %	Protection 3,2 %	Savoir-faire 3,2 %	Strict 3,2 %	Principe 5 %	OIIQ 3,2 %	Foi 3,2 %
Honnêteté 5 %	Aide 3,2 %	Norme 3,2 %	Avantage 3,2 %	Jugement 5 %	Devoir 3,2 %	Différence 3,2 %
Bien 3,2 %	Patron 3,2 %	Profession 3,2 %	Code 3,2 %	Bien 3,2 %	Ordre 3,2 %	Bien/mal 3,2 %
Culture 3,2 %	Inspecteur 3,2 %	Balise 3,2 %	Soins 3,2 %	Base 3,2 %	Non- uniforme 3,2 %	Croissance personnelle 3,2 %
Promouvoir 3,2 %	Employé 3,2 %	Moral 3,2 %	Travail 3,2 %	Équité 3,2 %	Discipline 3,2 %	Pas de réponse 5 %
Parent 3,2 %	Parent 3,2 %	Responsabi- lité 3,2 %	Principe 3,2 %	Devoir 3,2 %	Barrière 3,2 %	
Argent 3,2 %	Gardien 3,2 %	Encadrement 3,2 %	Moral 3,2 %	Conduite 3,2 %	Politique 3,2 %	
Pas de réponse 5 %	Cadre 3,2 %	Utile 3,2 %	Profession 3,2 %	Infirmière 3,2 %	Profession 3,2 %	
	Obligation 3,2 %	Droit 3,2 %	Minimum 3,2 %	Droiture 3,2 %	Limite 3,2 %	
	Réglementa- tion 3,2 %	Répression 3,2 %	Limite 3,2%	Civisme 3,2 %	Entente 3,2 %	
	Profession- nalisme 3,2 %	Code de l'infirmière 3,2 %	Compétence 3,2%		Imposition 3,2 %	
	Sanction 3,2 %	Régie 3,2 %	Tendance 3,2%		Sanction 3,2 %	
	Force 3,2 %	Façon de faire 3,2 %	Santé 3,2 %		Dureté 3,2 %	
	Parfait 3,2 %	Police 3,2 %	Uniforme 3,2 %		Directeur 3,2 %	
	Respect 3,2 %	Secret professionnel 3,2 %	Qualité 3,2 %		Encadrement 3,2 %	
	Famille 3,2 %	Valeur 3,2 %	Correct 3,2 %		Droit 3,2 %	
	Pas de réponse 8 %	Travail 3,2 %	Normal 3,2 %		Pas de réponse 10 %	
		Paperasse 3,2 %	Conformité 3,2 %			
		Pas de réponse 6,4 %	Pas de réponse 11 %			

6. Nommez 2 valeurs que vous identifiez dans votre milieu de travail?

Respect 80 %	Équité 5 %	Rapidité 3,2 %
Honnêteté 19 %	Compétence 5 %	Ouverture d'esprit 3,2 %
Empathie 15 %	Amour de soi 5 %	Santé 3,2 %
Authenticité 8 %	Responsabilité 5 %	Confiance 3,2 %
Autonomie 6,4 %	Professionalisme 3,2 %	Coopération 3,2 %
Ponctualité 6,4 %	Vie 3,2 %	Plaisir 3,2 %
Don de soi 6,4 %	Caring 3,2 %	Générosité 3,2 %
Santé 6,4 %	Importance de la personne 3,2 %	Ponctualité 3,2 %
Entraide 5 %	Disponibilité 3,2 %	Organisationnelle 3,2 %
Bien-être 5 %	Productivité 3,2 %	Perfectionniste 3,2 %
Travail 5 %	Écoute 3,2 %	Compréhension 2 %
Amour 5 %	Performance 3,2 %	Pas de valeur trouvée 3,2 %

7. Le Caring est l'essence de la discipline infirmière. Dites jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec l'énoncé :

Tout à fait d'accord	32 %
Plutôt en accord	32 %
Tout à fait en désaccord	0 %
Ni en accord ni en désaccord	31 %
Plutôt en désaccord	3,2 %
Annulation	2 %
Sans réponse	2 %

8. En deux ou trois phrases : Quel est le rôle de l'infirmière en milieu hospitalier?

- Offrir des soins à la clientèle
- Prévenir les blessures tout en faisant la promotion des soins
- Maintenir la santé
- Améliorer la santé en apportant le soutien approprié
- Rétablir la santé
- Obtenir la qualité
- Enseigner
- Assurer la sécurité et bien-être du patient
- Être disponible
- Travailler au niveau de la prévention
- Assurer le suivi et combler les besoins des clients
- Assurer une surveillance étroite
- Assurer le bien-être et le réconfort
- Pallier, écouter et respecter la clientèle

- Assurer confort et réhabilitation.
- Assurer une présence en développant un lien de confiance
- Amener la personne à reprendre son autonomie afin de regagner a qualité de vie
- A un rôle pivot
- Prodigue des soins, donne la médication prescrite, travaille avec un plan de soin, participe à la recherche tout en enseignant à la population
- Le rôle est différent dépendamment si on travaille de jour ou autres, le jour les infirmières font, beaucoup de travail clérical le soir est plus propice à l'accomplissement des soins,
- assurer et maintenir l'autonomie et assurer le rétablissement de la santé et prévenir la maladie
- Donner des soins physiques, psychologiques et sociaux
- Administrer les traitements prescrits et surveiller l'évolution de l'état physique et psychologique
- Prodiquer des soins de qualité respectueux et avec écoute.
- Première référence pour le patient,
- Améliorer le sort de ses patients, les amener à un mieux-être et voir venir les complications,
- Prendre soin des patients, les accompagner dans leur cheminement,
- Évaluer l'état de santé, prodiguer les soins de façon autonome et sous prescription, évaluer les résultats des interventions,
- Gère le côté administratif et elle est le pivot entre les différents professionnels,
- Prend soin, s'occupe du bien-être bio –psycho- spirituel,
- Assure le suivi, donne des soins, rassure, écoute, favorise le bien-être
- Pivot transmet l'info,
- Donner des soins permet de se rétablir et/ou de mourir en dignité,
- Mettre ses connaissances à jour,
- Apporter des soins, assurer sa sécurité et défendre les droits du patient,
- Évaluer, prodiguer des soins et assurer la continuité,
- Administrer les traitements prescrits, traiter, assurer un suivi pour le bien-être et la qualité des soins,
- Sécuriser, soigner, offrir de l'écoute et de la disponibilité,
- Responsable d'élaborer le plan de traitement,
- Assurer le bien-être et le confort.

9. En quelques mots :

Que signifie l'expression : « engagement professionnel »?

- Engagement face à un métier
- L'aspect légal et éthique
- Responsabilité de l'infirmière envers son employeur
- Comportement à adopter pour répondre aux normes professionnelles
- Conformer aux normes professionnelles
- Respecter le code de déontologie
- Agir selon la politique
- Un lien qui unit employé et employeur
- Assurer de bons soins
- Travailler tout en respectant le code de déontologie
- S'engager professionnellement
- S'impliquer autant que l'on peut dans notre profession et y mettre toute l'énergie possible pour réussir
- Se donner à notre profession
- Se consacrer au travail
- S'engager auprès de notre profession, le respect des normes 14
- Appliquer ses connaissances professionnelles, le savoir et savoir-faire
- Engagement de l'infirmière envers patient dans un contexte de travail
- Responsabilité de la personne
- Norme de conduite en respectant ses devoirs
- Respect des lois
- Respect de la personne

- Quelqu'un qui donne son accord et qui a le désir de pratiquer dans ce milieu
- Prendre part aux soins ou projet en fonction de ses connaissances
- Investissement que l'infirmière accorde à l'amélioration et à la promotion de la profession
- Être disponible auprès des personnes qui ont besoin
- Agir selon le code
- Obligation éthique envers un employeur et les collègues de travail
- C'est une personne qui s'engage dans les causes ou événements en relation avec sa profession selon ses valeurs
- S'impliquer dans quelque chose qui se rapporte à son milieu de travail
- Se mettre à jour
- Agir selon le code d'éthique
- Se donner à fond dans son travail
- 1 sans réponse

Que signifie l'expression : « engagement personnel »?

- S'engager à faire quelque chose sans explication
- Responsabilité envers la famille le travail et les finances
- S'assurer de posséder les connaissances et les habiletés
- Comportement que nous adoptons à partir de nos valeurs
- Se respecter et agir selon ses valeurs et croyances
- La personne est entièrement envers elle.
- Se donner personnellement et de trop en mettre jusqu'à un certain point. Ces efforts de chacun pour parvenir au but
- Poser des interventions selon mes valeurs morales
- C'est un lien qui unit infirmier et client
- Le donner dans un domaine qui me tient à cœur avec toutes mes ressources et devenir une meilleure personne.
- Laisser la situation nous toucher de façon personnelle pas seulement comme infirmière
- La personne s'engage, peu importe, ce que pensent les autres
- Engagement pour soi et pour les autres.
- S'engager personnellement afin de se prendre en charge afin de s'épanouir, c'est le savoir-être par exemple en soins palliatifs, s'impliquer personnellement, qui implique une relation approfondie et égalitaire
- Respect des valeurs personnelles,
- Se servir de son jugement,
- Un individu dans une relation pour lui-même, libre et sans obligation,
- Prendre part à un projet, mais en tant que personne et non comme professionnel,
- Mettre de notre temps et nos connaissances personnelles au service de la santé,
- Tenir sa promesse envers les siens, ex : si j'ai un souper je ne décommande pas,
- Mon engagement est en lien direct avec mon système de valeurs personnelles,
- Qui s'engage dans des conditions personnelles dans une cause sociale ...,
- Mettre son âme dans tout ce que l'on fait,
- Mon cœur s'engage lors des soins,
- Donner une partie de nous à travers notre profession,
- S'investir professionnellement, émotionnellement,
- Agir selon notre morale,
- Effort que l'infirmière est prête à donner pour améliorer sa pratique,
- Se donner à fond dans sa vie privée.

10. L'aspect ou les aspects que je privilégie lorsque je suis auprès d'un patient sont : Identifiez votre choix selon l'importance que vous y accordez. Utilisez les chiffres de 1 à 4, le 1 étant le plus important.

Importance accordée →	1	2	3	4
Le confort	42 %	32 %	15 %	11 %
La sécurité	45 %	42 %	11 %	2 %
L'aspect légal	2 %	8 %	23 %	68 %
La prescription médicale	10 %	20 %	52 %	19 %

11. L'aspect ou les aspects que les autres privilégient lorsqu'ils sont auprès d'un patient sont : Identifiez votre choix selon l'importance que vous y accordez. Utilisez les chiffres de 1 à 4, le 1 étant le plus important.

Importance accordée →	1	2	3	4	Aucune réponse
Le confort	16 %	21 %	23 %	40 %	2 %
La sécurité	26 %	42 %	31 %	6,4 %	2 %
L'aspect légal	18 %	16 %	19 %	45 %	2 %
La prescription médicale	37 %	21 %	26 %	13 %	2 %

12. L'infirmière est l'experte vis-à-vis du patient. Dites jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec l'énoncé.

Tout à fait d'accord	23 %
Plutôt en accord	42 %
Tout à fait en désaccord	1,6 %
Ni en accord ni en désaccord	31 %
Plutôt en désaccord	5 %

13. En deux ou trois phrases, quelle est votre définition du soin?

- Pallier temporairement aux incapacités d'une personne pour favoriser son retour à la santé et à son autonomie
- Poser des gestes, dire des paroles, offrir de l'écoute qui assure un réconfort et un mieux-être
- Comportement à adopter afin d'améliorer le plus possible la santé du patient
- Donner les traitements prescrits à une personne
- Maintenir la santé et la qualité de vie d'une personne
- Donner un service
- Améliorer et travailler à la prévention afin d'augmenter le bien-être
- Offrir un confort physique, psychologique et émotif selon le besoin
- Ajuster les soins en fonction de la personne
- Action verbale, physique qui vise le rétablissement de la santé et l'amélioration de la qualité de vie de la personne
- Viser le confort
- Ensemble de techniques faites pour procurer le bien-être à travers la relation d'aide
- Être à l'écoute des besoins de la personne
- Cela englobe les interventions faites au patient
- S'occuper de la personne, lui procurer le confort et le bien-être, l'écouter, le réconfort, et en donnant le temps requis
 - Assurer son bien-être physique, psychologique et social

- Appliquer techniques pour les traitements en vue de favoriser la guérison
- Acte qui vise à améliorer l'état de santé
- Acte posé pour le bien-être et le confort pour permettre le recouvrement de la santé,
- Prévenir la maladie
- Lorsqu'on apporte quelque chose de positif pour améliorer la santé
- Rétablir le plus rapidement possible l'état de santé en aidant le patient
- Donner des soins de confort à toutes les étapes de la vie, dans un climat de dignité
- Attention physique et psychologique portée à une personne
- Traitement apporté à une personne dans le besoin
- Questionne le patient sur ses besoins
- Apporter une action qui soulage et procure du confort
- Acte que l'on pose pour optimiser le confort et la santé
- Donner les soins de confort favorisant un rétablissement, offrir de l'écoute et faire l'enseignement
- Prendre en charge de façon holistique
- Rendre la personne confortable, s'assurer qu'elle n'a pas de douleur
- Centrer notre énergie, notre savoir afin de comprendre les besoins du patient
- Une technique pour améliorer la qualité de vie et favoriser la guérison
- UNE PERSONNE A INSCRIT QU'ELLE NE SAVAIT PAS

14. La discipline infirmière est scientifique. Dites jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec l'énoncé.

Tout à fait d'accord	16 %
Plutôt en accord	53 %
Tout à fait en désaccord	4,8 %
Ni en accord ni en désaccord	19 %
Plutôt en désaccord	8 %

15. Vous êtes au travail et vous voyez une personne commettre une faute. Que faites-vous?

- Si je connais la personne, je peux lui dire avec délicatesse, que ça ne se fait pas
- Si la personne ne reconnaît pas sa faute, je le dénonce au superviseur
- Je lui explique en retrait, qu'elle doit le dire sinon elle me rend coupable
- J'attends de voir si elle va signaler son erreur elle-même, sinon je crois qu'il est préférable de dénoncer et corriger si cela est possible
- Aviser de la faute et dénoncer et signaler mon désaccord
- Valider et dénoncer
- Je lui dis dans le but de rectifier le plus rapidement possible
- Je lui en parle parce qu'elle n'est peut-être pas au courant de l'erreur qu'elle vient de faire
- Cela dépend de la faute et du préjudice, j'évalue avant de dénoncer
- Je lui en parle et l'incite à remplir le formulaire d'accident ou autre
- Je dénonce
- Je parle à la personne qui est fautive
- J'en parle avec et si ça ne fonctionne pas j'en parle à l'infirmière-chef
- Je lui parle, vérifie sa compréhension et la patiente et je suggère le formulaire
- Tout dépend qui fait la faute, car je ne me mettrai pas en danger mon travail. Je dénonce de façon anonyme à la responsable
- Je lui faire prendre conscience de son geste, j'avise et je suis la procédure
- Je lui propose une autre façon d'agir et si elle ne veut rien entendre, je dénonce
- Lui demander ce qu'elle va faire

16. Vous êtes étudiante infirmière en stage sur un département.

Vous connaissez maintenant les principes reliés à l'action de donner une médication à un patient. Vous allez demander un service à une consœur de stage. Au moment où vous entrez dans la chambre, vous apercevez cette dernière ramasser des comprimés du sol et les remettre dans le contenant de carton afin de les offrir à nouveau au patient. Que faites-vous?

- Je vais lui dire qu'elle devrait en préparer d'autres
- Je lui demande de venir me rencontrer pour ne pas l'humilier devant la personne et lui dis que je crois qu'elle devrait en préparer d'autres
- Je l'avertis et lui rappelle la procédure et j'avise le superviseur
- Je lui dis qu'on ne peut pas agir de la sorte
- Je lui demande de les jeter et d'en préparer d'autres
- Je lui demande en privé de me voir, je lui explique qu'on ne fait pas ça et j'écoute sa réponse
- Attends je vais en chercher d'autres, et après coup je lui dis que ça ne fonctionne pas ainsi
- Veux-tu que je vais t'en chercher d'autres?
- Dans un premier temps, je lui parle seule à seule, et je lui dis qu'on doit les jeter et en donner de nouveaux
- Je lui rappelle que le plancher est plein de microbes et qu'elle-même ne les ingérerait certainement pas, donc elle ne peut les donner
- Je l'avise de recommencer et j'avise si elle n'écoute pas mes conseils
- Je lui demande si elle a besoin d'aide pour aller chercher d'autres médicaments
- Ne devrait pas donner ceci et lui proposerait d'aller en chercher d'autres
- Après coup, je lui dis qu'elle ne devrait pas agir ainsi
- En privé je lui parle et j'essaie de la convaincre d'aller préparer cette médication
- J'interviens, lui dis et lui conseille de préparer d'autres médicaments
- Expliquer si elle ne comprend pas et puis dénoncer
- Lui demander si elle a l'intention de donner ça
- Lui dire que ce n'est pas OK et que c'est un manque de jugement, je vérifie sa compréhension et je me prépare à donner moi-même un nouveau médicament
- Je l'avise avec respect qu'on n'agit pas ainsi
- Je lui suggère de ramener les comprimés au poste et d'en préparer d'autres, car le sol est plein de microbes et les patients sont faibles
- Je vais t'en préparer d'autres comme ça va aller plus rapidement
- J'avise mon professeur de stage
- Je vais la laisser faire. Plusieurs personnes le font, mais moi non...
- UNE PERSONNE N'A PAS RÉPONDU.

17. Voici une citation d'un philosophe contemporain qui se questionne sur les changements de valeurs de la société : «La responsabilisation doit être collective et s'exercer dans tous les domaines du pouvoir et du savoir, mais aussi individuelle, car il nous revient en dernier recours d'assurer cette autonomie.» (2004)

- En utilisant le concept de la «responsabilisation» extrait de la citation, quel lien faites-vous avec votre pratique ou la profession infirmière? «La responsabilisation doit être collective, mais aussi individuelle»
- Il faut être responsable pour se protéger et aussi dans l'environnement
- La responsabilité de chacun d'y mettre son grain de sel
- Respect des règles de conduite c'est engager sa pleine responsabilité à travers ces décisions et ses actions
- En tant que professionnel, on doit être responsable de nos actes, cela va influencer la responsabilité collective des infirmières du département, car nous sommes tous responsables
- Important dans la pratique afin de bien agir efficacement en groupe ou seule
- Nous devons être responsables en tant que personnes si nous voulons l'être en tant que professionnels

- Tous nous devons avoir une responsabilité individuelle, mais collectivement nous devons tous agir de la même manière, vers le bien-être du patient
- La responsabilité est collective, mais est individuelle, car en bout de ligne nous sommes seuls avec notre patient
- Ce sont des personnes que nous soignons la responsabilisation collective et individuelle est importante
- Nous sommes un groupe à s'occuper du patient et la responsabilité est partagée
- Prendre position et défendre ses intérêts
- Nous devons travailler en collaboration avec le patient et nous ne pouvons agir s'il ne veut pas s'aider
- Dois aller dans le sens de donner les meilleurs soins possibles
- Toute une équipe peut amener un patient à acquérir un meilleur état, mais rien ne pourra se concrétiser si ce patient n'a pas de volonté personnelle
- Même si nous devons avoir la même ligne de conduite, la responsabilité revient à l'infirmière qui s'occupe du patient
- Une personne n'a pas répondu
- Actions individuelles
- La profession est un travail d'équipe, chacun doit s'assumer
- J'ai la responsabilité des soins que je donne et mes soins doivent transmettre les valeurs de la société dans la quelle je vis
- Ce n'est pas seulement en étant responsable collectivement, mais nous devons tous y mettre du nôtre
- Nous sommes responsables de respecter les normes des soins de santé et nous devons mettre nos connaissances à jour
- C'est ma responsabilité de prodiguer de bons soins, mais les autres aussi ont cette même obligation
- Chaque infirmière est responsable de ses actes et de ces décisions, si tous nous agissons ainsi il y aura moins d'erreurs et de négligences
- Ex. : lors d'erreur de médication, elle doit assumer la responsabilité
- On travaille tous en multidisciplinarité et on doit se servir de notre jugement avant de poser des actes
- C'est important d'être responsable dans la profession
- Nous apprenons collectivement, mais nous devons approfondir les connaissances individuellement
- Il ne faut pas jeter la faute sur les autres, la faute nous appartient
- Cela appartient au patient et à l'équipe
- On est tous responsables de nos actes
- En étant responsable collectivement on peut éviter des conséquences individuelles
- Lorsqu'on fait bien notre travail et que la suivante ne le fait pas l'effet est détruit, travail d'équipe
- S'engager avec l'équipe être ouvert aux autres, mais parfois s'engager soi-même et être en quelque sorte différent
- Je dois agir en respectant les règles et les valeurs et dénoncer ce qui va à l'encontre de cela

En utilisant le concept de l'«autonomie» extrait de la citation, quel lien faites-vous avec votre pratique ou la profession infirmière? «Il nous revient en dernier recours d'assurer cette autonomie.»

- Nous devons être autonomes pour apprendre à être responsables
- Nous devons être responsables par nous-mêmes
- Nous devons et c'est obligatoire d'être responsable de nos actes sans qu'une autre tierce nous le dise
- Nous ne pouvons avoir tout le temps une personne pour nous dire quoi faire, il faut être responsable
- Nous devons prendre en charge la responsabilité de la personne et en subir les conséquences
- Il faut être autonome pour exercer la profession, donner des soins de confort et de bien-être
- Il faut savoir quoi faire nous-mêmes
- Laisser la chance au patient d'être autonome et valoriser cette action

- Conduire le patient vers l'autonomie le plus possible, ne rien faire à sa place
- Juger de mes connaissances et compétences
- Revient à chacun, car sans cela l'infirmière n'est pas aidante et peut-être dangereuse
- Nous ne devons jamais remplacer un patient, nous devons l'aider et favoriser l'autonomie
- lorsqu'une personne ne peut pas défendre ses droits elle n'est pas autonome, l'infirmière doit le défendre
- C'est au patient de se prendre ne main, nous ne pouvons que compléter s'il ne s'aide pas nos efforts sont vains
- C'est nous qui donnons les soins nous devons être autonome dans nos pensées et nos gestes,
- C'est à moi de juger de quoi je suis capable
- Une personne ne sait pas
- Une n'a pas répondu
- Ce que nous faisons en situation d'urgence nous laisse notre autonomie
- Il est de notre plein gré, mais nous sommes autonomes dans nos actes
- L'autonomie amène la responsabilité. Si on veut bénéficier de cette autonomie il faut assumer les devoirs, la responsabilité qui vient avec
- Nous sommes autonomes dans les actes qu'on pose nous devons en prendre la responsabilité
- Nous devons agir sainement dans des situations de travail en intégrant notre jugement
- Tout faire pour notre travail
- Nous sommes autonome dans notre travail selon notre jugement, clinique et nous devons prendre la responsabilité de nos actions et de nos décisions
- Nous débrouiller seul
- Être autonome faire avec la situation
- Demander de l'aide si besoin
- Prendre la décision de prendre cette responsabilité
- Que tous faisons nos tâches correctement
- Nous devons toujours gérer et assurer la continuité des soins de nos clients par exemple lorsque l'on est jumelé avec d'autres professionnels
- même si certains des collègues agissent d'une certaine façon il en revient à moi de décider si ce comportement me convient
- Notre responsabilité envers nos actes et nos connaissances de nous
- On doit être responsable, s'assumer mais aussi s'il y a lieu tout le groupe doit assumer
- Une personne ne sait pas
- Six personnes n'ont pas répondu

18. À quel groupe d'âge appartenez-vous?

30 ans et moins	89 %
31 à 40 ans	13 %
41 à 50 ans	0 %
51 ans et plus	0 %

19. Vous appartenez à quel sexe?

Féminin	85 %
Masculin	15 %

ANNEXE (3)
COMPILATION DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE CHEZ LES INFIRMIÈRES
AYANT 5 ANS ET MOINS D'EXPÉRIENCE

1. Depuis combien d'années exercez-vous la profession d'infirmière?

5 ans et moins	13 %	8 infirmières
----------------	------	---------------

2. Quel niveau de scolarité le plus élevé avez-vous obtenu?

Niveau de formation		Nombre d'infirmières
En formation	0 %	0
École d'infirmière	0 %	0
Collégial	38 %	?
Universitaire	63 %	?

3. Vous travaillez principalement sur quel quart de travail

Quart de travail	
Étudiant (e)	0 %
Jour	3 %
Soir	3 %
Nuit	50 %

4. Le code de déontologie est là pour sanctionner. Dites jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec l'énoncé.

Tout à fait d'accord	0 %
Plutôt en accord	13 %
Tout à fait en désaccord	0 %
Ni en accord ni en désaccord	38 %
Plutôt en désaccord	50 %
Aucune réponse	0 %

5. Parmi la liste suggérée, inscrivez en un mot à quoi cela fait référence pour vous:

Valeur	Ordre professionnel	Code de déontologie	Norme	Code éthique	Règlement	Croyance
Personnelle 25 %	Regroupement 38 %	Législation 25 %	Règle 38 %	Pensée 25 %	Conduite 25 %	Valeur 38 %
Santé 13 %	Groupe 13 %	Logique 13 %	Procédure 13 %	Comportement 13 %	Obligation 13 %	Différence 13 %

Valeur	Ordre professionnel	Code de déontologie	Norme	Code éthique	Règlement	Croyance
Respect 13 %	Qualité 13 %	Obligation 13 %	Habitude 13 %	Guider 13 %	Règle 13 %	Idéologie 13 %
Égalité 13 %	Secte 13 %	Sanction 13 %	Normalité 13 %	Règles 13 %	Respect 13 %	Spiritualité 13 %
Qualité 13 %	Responsabilité 13 %	Guide 13 %	Société 13 %	Réflexion 13 %	Cour 13 %	Peuple 13 %
Opinion 13 %	OIIQ 13 %	Conduite 13 %	Travail 13 %	Professionnel 13 %	Pas de réponse 13 %	Réflexion 13 %
Famille 13 %		Règlement 13 %		Morale 13 %		

6. Nommez 2 valeurs que vous identifiez dans votre milieu de travail?

Respect 75 %	Autonomie 13 %	Participation 13 %
Professionalisme 13 %	Empathie 13 %	Humain 13 %
Responsabilité 13 %	Entraide 13 %	Partenariat 13 %

7. Le Caring est l'essence de la discipline infirmière.

Dites jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec l'énoncé :

Tout à fait d'accord	38 %
Plutôt en accord	50 %
Tout à fait en désaccord	0 %
Ni en accord ni en désaccord	13 %
Plutôt en désaccord	0 %
Aucune réponse	0 %

8. En deux ou trois phrases : Quel est le rôle de l'infirmière en milieu hospitalier?

- De soigner et d'aider les gens à retrouver leur autonomie suite à un problème de santé
- Rôle d'éducatrice face à la maladie et du support, d'aide au patient. +
- Rôle pivot
- Assurer la continuité des soins et des traitements
- Suppléer au manque de l'individu. L'aider à devenir le plus autonome possible selon son état de santé
- Promouvoir la santé, prévenir la maladie, aider le patient à trouver une signification à son expérience de santé. Participer activement au soin, etc.
- Favoriser l'autonomie chez le client dans la problématique de santé
- Évaluer la condition physique et mentale du patient, donner les soins, exécuter les traitements médicaux, administrer les médicaments et faire l'enseignement. tout ceci doit être fait en se servant du jugement clinique

9. En quelques mots :

Que signifie l'expression : « engagement professionnel » ?

- Agir selon le code de déontologie de ma profession
- S'appliquer au travail, échanger des idées pour évoluer
- Implication constante dans les différentes sphères de sa profession. Pratiquer, enseignement, recherche
- Suivre le code de déontologie et d'éthique
- Donner des soins de qualité en continuité avec l'ensemble du personnel

Que signifie l'expression : « engagement personnel » ?

- Agir selon mes valeurs et mon jugement.
- S'impliquer émotionnellement et être capable de faire une coupure
- Choix plutôt qu'une obligation de s'impliquer dans une sphère quelconque
- Donner plus de temps à son travail, des heures et des pensées. C'est le lien avec nos valeurs personnelles
- L'importance que l'on porte à sa profession. Se donner corps et âme envers un patient

10. L'aspect ou les aspects que je privilégie lorsque je suis auprès d'un patient sont : Identifiez votre choix selon l'importance que vous y accordez. Utilisez les chiffres de 1 à 4, le 1 étant le plus important.

Importance accordée →	1	2	3	4
Le confort	88 %	13 %	0 %	0 %
La sécurité	13 %	50 %	36 %	0 %
L'aspect légal	0 %	0 %	25 %	75 %
La prescription médicale	0 %	38 %	36 %	25 %

11. L'aspect ou les aspects que les autres privilégient lorsqu'ils sont auprès d'un patient sont : Identifiez votre choix selon l'importance que vous y accordez. Utilisez les chiffres de 1 à 4, le 1 étant le plus important.

Importance accordée →	1	2	3	4	Pas de réponse
Le confort	25 %	25 %	0 %	25 %	? %
La sécurité	0 %	38 %	38 %	0 %	13 %
L'aspect légal	0 %	13 %	25 %	38 %	13 %
La prescription médicale	63 %	0 %	13 %	0 %	13 %

12. L'infirmière est l'experte vis-à-vis du patient. Dites jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec l'énoncé.

Tout à fait d'accord	25 %
Plutôt en accord	25 %
Tout à fait en désaccord	13 %
Ni en accord ni en désaccord	25 %
Plutôt en désaccord	0 %
Aucune réponse	0 %

13. En deux ou trois phrases, quelle est votre définition du soin?

- Le soin, c'est les interventions infirmières que l'on pose dans le but d'améliorer l'état et le bien-être du patient
- Intervention qui permet l'équilibre de l'aspect biopsychosocial chez une personne
- Acte à portée holistique dans un but humaniste et essentiel à la santé d'un individu. Il tient compte des principes fondamentaux de l'éthique, soit l'autonomie, la justice, la bienfaisance, etc.
- Pallier au manque, que ce soit mentalement, psychologiquement ou physiquement

14. La discipline infirmière est scientifique. Dites jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec l'énoncé.

Tout à fait d'accord	25 %
Plutôt en accord	50 %
Tout à fait en désaccord	0 %
Ni en accord ni en désaccord	25 %
Plutôt en désaccord	0 %
Aucune réponse	0 %

15. Vous êtes au travail et vous voyez une personne commettre une faute. Que faites-vous?

- Rapport d'accident. J'en parle au superviseur
- Rapport d'accident
- Je discute avec la personne et lui explique mon inconfort et j'avise le superviseur
- Je l'invite à faire preuve de discernement et de professionnalisme en prenant des mesures dans le but de protéger son patient et elle-même en tenant compte des principes et ce dans la mesure où je peux
- Je la questionne pour vérifier si elle est au courant. Je lui explique pourquoi et dépendamment des conséquences nous agissons pour y remédier
- Je lui parle de ce qu'elle vient de commettre ou à une infirmière expérimentée et lui demande son avis sans nommer la fautive

16. Vous êtes étudiant infirmière en stage sur un département.

Vous connaissez maintenant les principes reliés à l'action de donner une médication à un patient. Vous allez demander un service à une consœur de stage. Au moment où vous entrez dans la chambre, vous apercevez cette dernière ramasser des comprimés du sol et les remettre dans le contenant de carton afin de les offrir à nouveau au patient. Que faites-vous?

- Je lui dis que ses comprimés sont contaminés et qu'elle doit aller en préparer d'autres.
- Je lui dis : « Attends, je vais t'aider et aller t'en chercher d'autres. »
- Je l'arrête. Je lui dis que ça ne se fait pas, par respect de la dignité et par non malversation.
- Je lui rappelle que ce n'est pas hygiénique et qu'elle ne voudrait certainement pas que quelqu'un fasse cela pour elle.
- Je l'appelle à l'extérieur, je lui explique ce que j'ai vu et le pourquoi ce n'est pas correct et je vais avec elle chercher d'autres pilules.

17. Voici une citation d'un philosophe contemporain qui se questionne sur les changements de valeurs de la société : «La responsabilisation doit être collective et s'exercer dans tous les domaines du pouvoir et du savoir, mais aussi individuelle, car il nous revient en dernier recours d'assurer cette autonomie.» (2004)

En utilisant le concept de la «responsabilisation» extrait de la citation, quel lien faites-vous avec votre pratique ou la profession infirmière? «La responsabilisation doit être collective mais aussi individuelle».

- Nous sommes responsables de nos actes et de leurs conséquences autant en tant que groupe qu'individuellement.
- Chacun a une part de choses à faire pour faire évoluer la profession. +
- Une responsabilité collective débute par une responsabilité individuelle. Chaque personne est responsable de son savoir faire, être et faire. La notion d'engagement et d'implication personnelle est sous-jacente.
- Faire en sorte de responsabiliser l'individu. ne faire que pallier le manque.
- Une infirmière est une professionnelle, mais aussi une citoyenne qui a des devoirs, des responsabilités envers la société où elle vit.
- La responsabilité d'un patient revient à un groupe de professionnels, mais il est sous ta responsabilité individuelle sur ton quart de travail.

En utilisant le concept de l'«autonomie» extrait de la citation, quel lien faites-vous avec votre pratique ou la profession infirmière? «Il nous revient en dernier recours d'assurer cette autonomie.»

- Le lien entre l'autonomie et la pratique est le jugement. On doit pratiquer avec un jugement qui permet à l'autonomie d'être présente.
- Avec le manque de personnel, nous avons de plus en plus de soins et d'actions déléguées. Il faut être de plus en plus autonome dans l'exercice.
- L'autonomie infirmière prend de plus en plus d'ampleur. Le champ de pratique est élargi. On peut évaluer, initier des mesures diagnostiques.

18. À quel groupe d'âge appartenez-vous?

30 ans et moins	75 %
31 à 40 ans	25 %
41 à 50 ans	0 %
51 ans et plus	0 %

19. Vous appartenez à quel sexe?

Féminin	88 %
Masculin	13 %

ANNEXE (4)
COMPILATION DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE CHEZ LES INFIRMIÈRES
AYANT 6 ANS ET PLUS D'EXPÉRIENCE

1. Depuis combien d'années exercez-vous la profession d'infirmière?

6 ans et plus	21 %	12 infirmières
---------------	------	----------------

2. Quel niveau de scolarité le plus élevé avez-vous obtenu?

Niveau de formation		Nombre d'infirmières
En formation	0 %	0
École d'infirmière	0 %	0
Collégial	53,8 %	?
Universitaire	42 %	?

3. Vous travaillez principalement sur quel quart de travail?

Quart de travail	
Étudiant (e)	0 %
Jour	25 %
Soir	25 %
Nuit	50 %

4. Le code de déontologie est là pour sanctionner. Dites jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec l'énoncé.

Tout à fait d'accord	8,3 %
Plutôt en accord	8,3 %
Tout à fait en désaccord	17 %
Ni en accord ni en désaccord	50 %
Plutôt en désaccord	17 %
Aucune réponse	0 %

5. Parmi la liste suggérée, inscrivez en un mot à quoi cela fait référence pour vous :

Valeur	Ordre professionnel	Code de déontologie	Norme	Code éthique	Règlement	Croyance
Croyance 25 %	OIIQ 25 %	Règles 17 %	Limite 8,3 %	Morale 17 %	Loi 50 %	Religion 33,3 %
Famille 17 %	Gestion 8,3 %	Morale 17 %	Règle 8,3 %	Respect 17 %	À suivre 8,3 %	Loi 25 5
Relativité 8,3 %	Regroupement 8,3 %	Protection 8,3 %	Façon de faire 8,3 %	Éthique 8,3 %	Entente 8,3 %	Valeur 17 %

Valeur	Ordre professionnel	Code de déontologie	Norme	Code éthique	Règlement	Croyance
Ligne de pensée 8,3 %	Appartenance 8,3 %	Devoir 8,3 %	Cadre 8,3 %	Valeur 8,3 %	Balise 8,3 %	Personnel 8,3 %
Fondement 8,3 %	Encadrement 8,3 %	Professionnel 8,3 %	Moyenne 8,3 %	Réflexion 8,3 %	Norme 8,3 %	But 8,3 %
Personne 8,3 %	Référence 8,3 %	Pratique 8,3 %	Principe 8,3 %	Bienséance 8,3 %	Exigence 8,3 %	Influence 8,3 %
Personnalité 8,3 %	Permis 8,3 %	Conduite 8,3 %	Loi 8,3 %	Philosophie 8,3 %	Respect 8,3 %	
Morale 8,3 %	Public 8,3 %	Obligation 8,3 %	Restriction 8,3 %	Valeur 8,3 %		
Guide 8,3 %	Protection 8,3 %	Profession 8,3 %	Balise 8,3 %	Comportement 8,3 %		
	Avocat 8,3 %	Sanction 8,3 %	Majorité 8,3 %	Bien/mal 8,3 %		
			Référence 8,3 %	Profession 8,3 %		

6. Nommez 2 valeurs que vous identifiez dans votre milieu de travail?

Respect 75 %	Entraide 8,3 %	Honnêteté 8,3 %
Confidentialité 25 %	Courage 8,3 %	Responsabilité 8,3 %
Compétence 8,3 %	Vaillance 8,3 %	Partage 8,3 %
Sécurité 8,3 %	Argent 8,3 %	
Confort 8,3 %	Authenticité 8,3 %	

**7. Le Caring est l'essence de la discipline infirmière.
Dites jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec l'énoncé :**

Tout à fait d'accord	25 %
Plutôt en accord	58.3 %
Tout à fait en désaccord	0 %
Ni en accord ni en désaccord	17 %
Plutôt en désaccord	0 %
Aucune réponse	0 %

8. En deux ou trois phrases : Quel est le rôle de l'infirmière en milieu hospitalier?

- Procurer des soins de qualité. Offrir un environnement favorable et sécuritaire à leur mieux-être ainsi que le soutien physique, psychologique dont ils ont besoin. +++
- Supporter et accompagner dans son processus d'adaptation à la naissance, la maladie, la mort. +
- Établir la démarche de soins scientifiques en tenant compte de l'aspect biopsychosocial en vue de favoriser ou de rétablir son autonomie ou de répondre à un besoin de santé spécifique. +
- Accueillir le patient de façon sécuritaire, comprendre son état de santé, lui apporter les soins qu'il nécessite en restant humain et à l'écoute de ses besoins.

- Être pivot, la charnière de tout ce qui gravite autour du patient, le lien entre le patient et les autres professionnels. ++
- Exécuter le plan thérapeutique et répondre aux besoins de la personne.
- S'assurer que les droits du clients sont respectés.
- Observer, analyser, intervenir et évaluer une personne, un groupe d'individus, une communauté. Administrer des soins physiques et psychiques basés sur des connaissances scientifiques.

9. En quelques mots :

Que signifie l'expression : « engagement professionnel » ?

- Appliquer, respecter et être un agent de promotion d'un ensemble de comportements professionnels qui reflètent un groupe.
- S'acquitter de nos tâches avec les meilleures connaissances et respect. +
- S'impliquer dans son travail et dans la profession.
- Travailler selon nos droits et devoirs d'infirmière. +
- Capacité de prendre son travail à cœur.
- Respect du secret professionnel, donner des soins et maintenir ses connaissances à jour.
- Utiliser toutes les connaissances acquises professionnellement pour s'impliquer auprès de la clientèle.
- L'intérêt et l'énergie d'un professionnel envers sa profession.
- S'engager pour promouvoir le développement de la profession en s'informant, en participant à des comités, colloques, formations.

Que signifie l'expression : « engagement personnel » ?

Respecter ses possibilités, ses motivations, ses idéaux même s'il y a des obstacles.

Se donner corps et âme. Être présent physiquement et mentalement.

S'impliquer dans une multitude de choses personnellement.

- Être nous-mêmes avec nos valeurs et croyances.
- Personnellement s'engager à être à jour et connaître les lois et règlements de notre profession.
- S'engager personnellement dans quelque chose en tant que personne. +
- S'impliquer personnellement selon ses croyances et valeurs dans son travail auprès de la clientèle.
- L'intérêt et l'énergie d'une personne dans une autre sphère que sa profession.
- C'est l'engagement profond, don de soi, bonne volonté envers sa profession.

10. L'aspect ou les aspects que je privilégie lorsque je suis auprès d'un patient sont : Identifiez votre choix selon l'importance que vous y accordez. Utilisez les chiffres de 1 à 4, le 1 étant le plus important.

Importance accordée →	1	2	3	4
Le confort	33,3 %	42 %	17 %	8,3 %
La sécurité	33,3 %	42 %	25 %	0 %
L'aspect légal	25 %	0 %	28,3%	67 %
La prescription médicale	17 %	17 %	50 %	17 %

11. **L'aspect ou les aspects que les autres privilégient lorsqu'ils sont auprès d'un patient sont : Identifiez votre choix selon l'importance que vous y accordez. Utilisez les chiffres de 1 à 4, le 1 étant le plus important.**

Importance accordée →	1	2	3	4	Pas de réponse
Le confort	17 %	17 %	25 %	33,3 %	8,3 %
La sécurité	33,3 %	17 %	33,3 %	8,3 %	8,3 %
L'aspect légal	17 %	17 %	17 %	33,3 %	8,3 %
La prescription médicale	25 %	33,3 %	17 %	17 %	8,3 %

12. **L'infirmière est l'experte vis-à-vis du patient. Dites jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec l'énoncé.**

Tout à fait d'accord	8,3 %
Plutôt en accord	42 %
Tout à fait en désaccord	17 %
Ni en accord ni en désaccord	25 %
Plutôt en désaccord	8,3 %
Aucune réponse	0 %

13. **En deux ou trois phrases, quelle est votre définition du soin?**

- Acte que l'on pratique pour mener un patient vers le mieux-être. +
- Acte qui m'amène en tant que professionnel à supporter et à accompagner une personne dans un processus d'adaptation.
- Amener une personne le plus autonome possible en tenant compte de l'aspect biopsychosocial du client. ++++
- Rendre le patient plus confortable, bien administrer le traitement et répondre aux besoins. +
- Agir en bon père ou bonne mère de famille avec un ajout spécifique.
- Ensemble de gestes et de paroles effectués par un individu ayant reçu une formation spécifique.

14. **La discipline infirmière est scientifique. Dites jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec l'énoncé.**

Tout à fait d'accord	8,3 %
Plutôt en accord	42 %
Tout à fait en désaccord	8,3 %
Ni en accord ni en désaccord	25 %
Plutôt en désaccord	17 %
Aucune réponse	0 %

15. **Vous êtes au travail et vous voyez une personne commettre une faute. Que faites-vous?**

- Je lui en parle si je la connais, sinon j'en parle à l'infirmière responsable. ++++
- J'en discute avec la personne fautive et avec la responsable.
- Je lui en parle directement et je cherche une solution avec elle tout en validant si la faute est commise volontairement et je prends le temps de lui expliquer comment ne pas refaire cette faute. +++++++
- Discussion seule à seule et déclaration. +
- Je lui dis que je le sais et j'attends de voir...
- Dépendamment de la faute, je commence par interpellier la personne concernée. Je m'assure que le patient est en sécurité. Je termine en avisant.

- 16. Vous êtes étudiant infirmière en stage sur un département. Vous connaissez maintenant les principes reliés à l'action de donner une médication à un patient. Vous allez demander un service à une consœur de stage. Au moment où vous entrez dans la chambre, vous voyez cette dernière ramasser des comprimés du sol et les remettre dans le contenant de carton afin de les offrir à nouveau au patient. Que faites-vous?**

- C'est à chacun d'évaluer ce qui est convenable et admissible.
- Je lui demande de sortir de la chambre et je lui dis d'aller préparer d'autres médicaments.
- Je lui enlève les comprimés, je la fais sortir et lui dis et avise.
- Je lui explique et si elle ne veut rien entendre, j'avise.
- Je prends le contenant, j'avise le patient que je reviens et quitte avec ma consœur. Je lui dis que l'action est inappropriée, que si c'était elle, elle ne les prendrait pas.
- "Aye, veux-tu bien me dire ce que tu es en train de faire là?"
- C'est déjà arrivé qu'on avait plus de médicaments et la patient a été avisé avant de le prendre.

- 17. Voici une citation d'un philosophe contemporain qui se questionne sur les changements de valeurs de la société : «La responsabilisation doit être collective et s'exercer dans tous les domaines du pouvoir et du savoir, mais aussi individuelle, car il nous revient en dernier recours d'assurer cette autonomie.» (2004)**

En utilisant le concept de la «responsabilisation» extrait de la citation, quel lien faites-vous avec votre pratique ou la profession infirmière? «La responsabilisation doit être collective mais aussi individuelle».

- Commence individuellement. Si chacun se responsabilise auprès de la profession, la responsabilisation aura un poids collectif. ++++++
- Je fais un lien avec mon autonomie professionnelle que je dois maximiser dans ma pratique. Cette autonomie doit m'aider à favoriser l'autodétermination chez les patients.
- L'infirmière doit être responsable de ses propres actes en utilisant toutes les ressources et le savoir disponibles par la collectivité.
- Nous sommes une équipe multidisciplinaire, nous travaillons tous ensemble et chacun de nous doit y mettre du sien.
- L'action est individuelle mais doit aussi être collective.

En utilisant le concept de l'«autonomie» extrait de la citation, quel lien faites-vous avec votre pratique ou la profession infirmière? «Il nous revient en dernier recours d'assurer cette autonomie.»

- Notre autonomie doit être basée sur un cadre de référence formel, sur une logique précise. Les recherches et les connaissances doivent être en application et guider notre autonomie. +
- C'est l'essence de notre profession. Nous travaillons pour que les patients soient le plus autonome possible à domicile.
- C'est décider.
- Nous travaillons sous une certaine hiérarchie et c'est nous en tant qu'infirmière qui sommes le plus proche du patient.
- L'autonomie c'est de pouvoir s'informer, s'instruire et de développer davantage avec les nouvelles technologies et découvertes dans le monde de la santé. +
- C'est d'en savoir plus et en se responsabilisant.
- C'est de donner son avis.
- Vient des batailles faites pour augmenter notre champ de pratique et notre capacité à gérer certaines situations sans prescription médicale.
- L'autonomie n'existe pas, la suite est celle de m'occuper humainement du patient.

18. À quel groupe d'âge appartenez-vous?

30 ans et moins	75 %
31 à 40 ans	25 %
41 à 50 ans	0 %
51 ans et plus	0 %

19. Vous appartenez à quel sexe?

Féminin	83,3 %
Masculin	17 %

ANNEXE (5)

COMPILATION DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE DES INFIRMIÈRES EXPÉRIMENTÉES

1. Depuis combien d'années exercez-vous la profession d'infirmière?

5 ans et moins	13%	8
6 à 10 ans	21%	12
11 ans ou plus	68 %	42
Nombre de répondants infirmières	100%	62

2. Quel niveau de scolarité le plus élevé avez-vous obtenu?

Niveau de formation	%	Nombre D'infirmières
En formation	0%	0
École d'infirmière	5%	3
Collégial	32%	20
Universitaire	63%	39

3. Vous travaillez principalement sur quel quart de travail

Quart de travail	
Étudiant (e)	0 %
Jour	52 %
Soir	19,2 %
Nuit	27,4 %

4. Le code de déontologie est là pour sanctionner. Dites jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec l'énoncé.

Tout à fait d'accord	13 %
Plutôt en accord	23 %
Tout à fait en désaccord	11,2 %
Ni en accord ni en désaccord	27,4 %
Plutôt en désaccord	24,1 %
Aucune réponse	2 %

5. Parmi la liste suggérée, inscrivez en un mot à quoi cela fait référence pour vous :

Valeur	Ordre professionnel	Code de déontologie	Norme	Code éthique	Règlement	Croyance
Respect 11,4%	OIIQ 23 %	Règle 19,3 %	Règle 19,3 %	Morale 16,1 %	Loi 39 %	Religion 29 %
Moralité 10 %	Référence 15 %	Obligation 10 %	Balise 10 %	Règle 12 %	Norme 13,8 %	Valeurs 16 %

Valeur	Ordre professionnel	Code de déontologie	Norme	Code éthique	Règlement	Croyance
Égalité 9,6 %	Groupe 11,2 %	Ligne de conduite 8 %	Normalité 6,4 %	Conduite 10 %	Conduite 10 %	Idéologie 8 %
Croyance 8 %	Protection 8 %	Normes 8 %	Critères 5 %	Valeurs 8 %	Entente 6,4 %	Personnalité 8 %
Famille 8 %	Association 6,4 %	Ordre professionnel 6,4 %	Loi 5 %	Respect 6,4 %		Foi 8 %
Importance 8 %	Mère supérieure 3,2 %	Sanction 5 %	Travail 5 %	Profession 5 %	Exigence 3,2 %	Conviction 6,4 %
Personnelle 6,4 %	Responsabilité 3,2 %	Confidentialité 5 %	Limite 5 %	Professionnalisme 5 %	Règle 3,2 %	Vérité 3,2 %
Fondements 6,4 %	Médecin 3,2 %	Devoir 5 %	Habitude 3,2 %	Bienveillance 3,2 %	Discipline 3,2 %	Guide 3,2 %
Conduite 3,2 %	Police 3,2 %	Bases à suivre 5 %	Cadre 3,2 %	Réflexion 3,2 %	Respect 3,2 %	Différence 3,2 %
Humanité 3,2 %	Public 3,2 %	Principe 3,2 %	Moyenne 3,2 %	Humanisme 3,2 %	Façon de faire 3,2 %	But 2 %
Soi 3,2 %	Protocole 3,2 %	Protection 3,2 %	Environnement 3,2 %	Bien / mal 3,2 %	Nécessité 2 %	Mœurs 2 %
Culture 3,2 %	Uniformité 3,2 %	Profession 3,2 %	Principe 3,2 %	Confidentialité 2 %	Obligation 2 %	Aspiration 2 %
Idéal 2 %	Tribunal 2 %	Savoir-faire 3,2 %	Qualité 3,2 %	Société 2 %	À suivre 2 %	Mesure 2 %
Mesure 2 %	Permis 2 %	Norme 3,2 %	Nécessité 3,2 %	Sagesse 2 %	Limite 2 %	Éducation 2 %
Relativité 2 %	Qualité 2 %	OIIQ 3,2 %	Procédure 3,2 %	Référence 2 %	Institution 2 %	Influence 2 %
Philosophie 2 %	Loi 2 %	Profession 3,2 %	Société 3,2 %	Pensée 2 %	Restriction 2 %	Biais 2 %
Vie 2 %	Gestion 2 %	Moral 3,2 %	Directive 2 %	Déontologie 2 %	Ordre 2 %	Attitude 2 %
Santé 2 %	Respect 2 %	Éthique 2 %	Acceptation 2 %	Guide 2 %	Cour 2 %	Moi 2 %
Justice 2 %	Infirmière 2 %	Législatif 2 %	Majorité 2 %	Base 2 %	Balise 2 %	
Principe 2 %	Secte 2 %	Avocat 2 %	Égalité 2 %	Engagement 2 %	Sanction 2 %	
Éducation 2 %	Avocat 2 %	Limite 2 %	Généralité 2 %	Responsabilité morale 2 %		
Acquis 2 %		Surveillance 2 %	Respect 2 %	Justice 2 %		
Opinion 2 %		Direction 2 %		Façon de faire 2 %		
Qualité 2 %		Savoir-faire 2 %		Philosophie 2 %		
Valeur 2 %		Valeurs 2 %		Inévitable 2 %		

Valeur	Ordre professionnel	Code de déontologie	Norme	Code éthique	Règlement	Croyance
		Base 2 %		Pas de réponse 2 %		
		Logique 2 %				
		Devoir 2 %				
		Groupe 2 %				
		Guide 2 %				
		Sans réponse 2 %				

6. Nommez 2 valeurs que vous identifiez dans votre milieu de travail?

Respect 52 %	Compétence 2 %	Collaboration 2 %
Hônnneteté 11,2 %	Courage 2 %	Être 2 %
Responsabilité 11,2 %	Conviction 2 %	Implication 2 %
Intégrité 11,2 %	Chaleur 2 %	
Professionnalisme 8 %	Argent 2 %	
Empathie 8 %	Vaillance 2 %	
Humanité 6,4 %	Confiance à l'autre 2 %	
Passion 5 %	Bonté 2 %	
Sécurité 5 %	Dévouement 2 %	
Aide 5 %	Perfection 2 %	
Générosité 5 %	Confort 2 %	
Confidentialité 5 %	Participation 2 %	
Partage 5 %	Égalité 2 %	
Qualité 3,2 %	Écoute 2 %	
Compassion 3,2 %	Authenticité 2 %	
Équité 3,2 %	Autonomie 2 %	
Justice 3,2 %	Droiture 2 %	
Rigueur 3,2 %	Partenariat 2 %	
Ordre 2 %	Persévérance 2 %	

7. Le Caring est l'essence de la discipline infirmière.

Dites jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec l'énoncé :

Tout à fait d'accord	42 %
Plutôt en accord	42 %
Tout à fait en désaccord	0 %
Ni en accord ni en désaccord	11,2 %
Plutôt en désaccord	4,8 %

8. En deux ou trois phrases : Quel est le rôle de l'infirmière en milieu hospitalier?

- Être à l'écoute, savoir être empathique et prendre le temps de bien faire ce que l'on doit faire pour le patient et s'assurer de sa sécurité.
- Suppléer au manque de la personne.
- face à une situation de santé, selon un modèle théorique de soins infirmiers, l'infirmière a la capacité d'observer, d'analyser, d'intervenir et d'évaluer une personne, un groupe et une communauté.
- En collaboration avec d'autres intervenants de la santé, l'infirmière administre des soins physiques et psychiques basés sur des connaissances scientifiques.
- Pivot, spécialiste de soins, confidente, aidante, la personne à consulter sur tout les sujets, elle est l'experte.
- Planifier et organiser les soins infirmiers dans un rôle autonome et indépendant.
- Prendre soin des clients dans le respect de sa personne et de sa famille.
- Établir une démarche de soins scientifiques en tenant compte de l'aspect bio-psycho-sociale de la personne en vue de favoriser ou de rétablir son autonomie ou de répondre à un besoin de santé spécifique. +++
- Établir ou faciliter le lien entre différents corps médicaux et le client. Assurer le confort, maintenir ou améliorer l'autonomie des clients. Exécuter les traitements. +++
- Donner des soins de qualité et avec respect et dignité. ++
- Consiste en l'application des soins et des traitements, support moral, physique, accompagnement dans les traitements par l'écoute. ++++
- Aider une personne au niveau physique psychique et psychologique. ++
- Prodiquer des soins, enseigner, agir de sorte que l'autonomie se développe rapidement pour un retour à la maison rapide. ++++
- Lien entre le médecin et le patient, elle soigne, enseigne et fait de la prévention.
- Exécuter les Rx médicales, s'assurer de la bonne compréhension de l'enseignement donné.
- Éduquer face à la maladie, support, aide face au patient.
- Promouvoir la santé, prévenir la maladie, aider les patients à trouver un sens et participer activement au soin comme tel.
- Contribuer à la reprise en charge de l'utilisateur par lui-même dans une relation de soignante, d'enseignante, d'accompagnement et de support.
- Actuellement **c'est être tout** et si on a le temps visiter nos patients.
- S'assurer de la sécurité au sens large.
- Soigner le client dans sa globalité, l'aider à répondre à ses besoins jusqu'à ce qu'il retrouve son autonomie.

9. En quelques mots :

Que signifie l'expression : « engagement professionnel »?

- C'est s'engager à faire le bon choix avec le patient.
- C'est le diriger, l'aider, le supporter, faire le bon traitement sécuritaire comme le dicte la profession.
- Appliquer, respecter et être un agent de promotion d'un ensemble de comportements professionnels qui reflètent un groupe.

- C'est mon attitude vis-à-vis les soins, ma curiosité professionnelle, la poursuite de formation, mon intérêt à la recherche.
- Rendre des services selon les valeurs organisationnelles.
- Donner des soins de qualité en continuité avec l'ensemble de l'équipe.
- S'acquitter de nos tâches avec les meilleures connaissances que nous possédons.
- Travailler tout en respectant le code de déontologie
- S'engager professionnellement
- S'impliquer autant que l'on peut dans notre profession et y mettre toute l'énergie possible pour réussir
- Se donner à notre profession. +++
- Décisions régies par des lois. +++++++
- Adhérer à des associations au sein de son centre d'activité.
- C'est l'engagement pris par rapport à une profession qui a des normes et des règles établies. +++
- S'engager avec ses compétences, ses habiletés, son savoir. ++
- Faire son travail le plus consciencieusement possible, être responsable de ses actes.
- Implication pour sa profession, y croire, la défendre.
- S'impliquer dans le traitement et les symptômes afin que l'équipe fasse le bon diagnostic.
- Respect envers la profession et son rôle.
- Utiliser ses connaissances et les transmettre à la clientèle dans un but de mieux-être.
- Responsabilité, autonomie professionnelle, code de déontologie, honnêteté.
- Le bien-être du client.
- S'engager de façon à accomplir des tâches dans un cadre de respect envers les autres. +
- C'est promouvoir le développement de la profession.
- Reconnaître les exigences de la profession, s'y soumettre et accepter le processus évolutif de la profession infirmière.
- L'intérêt et l'énergie professionnels envers sa profession.
- Agir de bonne foi, professionnel et avec cœur et connaissance.
- Sentiment d'appartenance à une profession, à y contribuer parce qu'on y croit dans un sens collectif.

Que signifie l'expression : «engagement personnel»?

- Ne pas faire de détour, donner ma parole, régler des problèmes, m'investir. +++
- Respecter ses possibilités, ses motivations, ses idéaux et ses rêves même si des obstacles surviennent.
- Attitudes vis-à-vis le patient et tous ceux à qui je prodigue des soins.
- C'est par la communication, l'échange, le partage des valeurs et des connaissances.
- Rendre des services selon nos valeurs.
- Se donner cœur et âme envers le patient. +++
- S'impliquer personnellement selon ses croyances et valeurs dans son travail auprès de la clientèle. ++
- Engagement personnel dans sa vie ayant pour but le bien de la profession.
- Un engagement qui a rapport à nous même, une décision personnelle qui n'a pas de lien avec la loi.
- S'engager dans sa profession avec mes valeurs personnelle, mes qualités.
- Être responsable dans ce que je fais, mes choix.
- Être vraie et agir selon ce qui est important personnellement. ++++
- Établir un lien de confiance afin que le client s'exprime.
- L'importance accordé à la profession.
- Être à l'écoute de chaque individu sans jugement tout en les aidant à travers des solutions adaptées à eux.
- Donner plus de temps à son travail, des heures en plus.
- Maintenir ses connaissances à jour. +++
- C'est relié à notre système de valeurs . +++++
- S'impliquer dans le processus infirmière/client, accepter de se remettre en question et être un agent actif dans la relation.
- C'est quelque chose qui fait qu'on adhérerait et qu'on s'investirait pour arriver à une finalité.

10. L'aspect ou les aspects que je privilégie lorsque je suis auprès d'un patient sont : Identifiez votre choix selon l'importance que vous y accordez. Utilisez les chiffres de 1 à 4, le 1 étant le plus important.

Importance accordée →	1	2	3	4
Le confort	40 %	34 %	11 %	15 %
La sécurité	35 %	36 %	19 %	2 %
L'aspect légal	6,4 %	3,2 %	23 %	68 %
La prescription médicale	8 %	23 %	48 %	19,3 %

11. L'aspect ou les aspects que les autres privilégient lorsqu'ils sont auprès d'un patient sont : Identifiez votre choix selon l'importance que vous y accordez. Utilisez les chiffres de 1 à 4, le 1 étant le plus important.

Importance accordée →	1	2	3	4	Pas de réponse
Le confort	18 %	19,3 %	31%	24 %	8%
La sécurité	27 %	31 %	27,4 %	6,4 %	8%
L'aspect légal	8 %	16 %	16 %	50 %	12%
La prescription médicale	40 %	24 %	16 %	10 %	10%

12. L'infirmière est l'experte vis-à-vis du patient. Dites jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec l'énoncé.

Tout à fait d'accord	24 %
Plutôt en accord	35,4 %
Tout à fait en désaccord	6,4 %
Ni en accord ni en désaccord	23 %
Plutôt en désaccord	11,2 %

13. En deux ou trois phrases, quelle est votre définition du soin?

- C'est le travail d'équipe où le patient est l'élément primordial.
- C'est agir en bon père ou mère de famille avec un ajout scientifique.
- Choisir pour le patient ce qui est le mieux pour lui.
- L'Art de réussir de répondre aux besoins.
- À travers les concepts de santé et d'environnements, dans le cadre d'une évaluation globale d'une personne, d'un groupe, d'une communauté, il s'agit d'un ensemble de gestes et de paroles effectuées par un individu qui possède une formation spécifique.
- L'assistance et l'accompagnement apportées au patient pour l'application du traitement, l'aider à cheminer dans différentes situations de vie et partager son évolution sur différents points de vue et le comprendre dans ce qu'il est dans la situation. +++
- Actes par lesquels des gestes sont posés afin de recouvrir la santé et la promouvoir.
- S'occuper de quelqu'un, lui offrir le attentions qu'il ne peut effectuer.
- Acte qui comble les besoins de santé, qui conduit vers l'autonomie biopsychosociale. ++++++
- Soulager, faciliter et stimuler. ++
 - Un ensemble de gestes que peuvent poser plusieurs intervenants.
- Les actions que l'on pose pour s'occuper du bien-être de la personne. ++
- Acte humaniste, holistique dans le respect des principes fondamentaux de l'éthique, soit l'autonomie, la justice, la bienfaisance.
- C'est un grand privilège et ce dans des moments cruciaux de la vie d'un individu l'accompagnement d'une personne dans sa démarche.

14. La discipline infirmière est scientifique. Dites jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec l'énoncé.

Tout à fait d'accord	24 %
Plutôt en accord	39 %
Tout à fait en désaccord	2 %
Ni en accord ni en désaccord	26 %
Plutôt en désaccord	10 %

15. Vous êtes au travail et vous voyez une personne commettre une faute. Que faites-vous?

- Je vais voir la personne et je lui demande d'expliquer son geste et ensuite nous suivons le protocole. ++++++
- Si la faute peut causer un préjudice, elle doit être dénoncée.
- J'en parle avec la personne et j'informe la personne en autorité. +++
- Je la rencontre, dénonce suivons le processus et évaluation du patient.
- Je m'entretiens avec elle sur la faute commise en lui rappelant ses responsabilités et si nécessaire j'avise la chef d'unité. ++
- Je valide et dénonce et je demande l'avis d'une autre infirmière.
- Je lui faire prendre conscience de son geste, j'avise et je suis la procédure.
- Je lui propose une autre façon d'agir et si elle ne veut rien entendre je dénonce.
- Je dénonce et j'offre mon soutien. +++

16. Vous êtes étudiant infirmière en stage sur un département.

Vous connaissez maintenant les principes reliés à l'action de donner une médication à un patient. Vous allez demander un service à une consœur de stage. Au moment où vous entrez dans la chambre, vous apercevez cette dernière ramasser des comprimés du sol et les remettre dans le contenant de carton afin de les offrir à nouveau au patient. Que faites-vous?

- Je vais lui dire qu'elle ne peut faire cela. +++++
- Je crois que c'est à chacun d'évaluer ce qui est convenable et admissible dans la profession.
- Je questionne la démarche et je lui dis de les jeter et d'en préparer d'autres.
- Je lui demande en privé de me voir, je lui explique qu'on ne fait pas ça et j'écoute sa réponse.
- J'interrompt son geste et je lui demande de remplacer les médicaments.
- Je l'avise de recommencer et je dénonce.
- J'interviens, lui dis et lui conseille de préparer d'autres médicaments.
- Je l'avise que les comprimés sont contaminés et je lui suggère de revoir ses principes d'asepsies. ++++
- Je lui enlève les comprimés. Je la fais sortir, lui parle et dénonce. +++

17. Voici une citation d'un philosophe contemporain qui se questionne sur les changements de valeurs de la société : «La responsabilisation doit être collective et s'exercer dans tous les domaines du pouvoir et du savoir, mais aussi individuelle, car il nous revient en dernier recours d'assurer cette autonomie.» (2004)

En utilisant le concept de la «responsabilisation» extrait de la citation, quel lien faites-vous avec votre pratique ou la profession infirmière? «La responsabilisation doit être collective mais aussi individuelle».

- Je suis responsable de tout acte posé, mais je suis aussi responsable lorsque je vois quelqu'un commettre quelque chose d'inacceptable de dénoncer ou non.
- Les infirmières doivent adopter le même cadre de références, la même logique intellectuelle et la même manière d'exécuter ses actes. L'acte est individuel, mais doit être aussi collectif. Il s'agit d'un milieu parallèle.
- Il est très difficile de responsabiliser ses pairs sans l'être soi-même.
- Le plan de soin informatisé peut être accessible à plusieurs mais chacune y retrouve son rôle et charge de travail.
- La responsabilité du patient revient à un groupe de professionnel, mais il est sous ta responsabilité individuelle sur ton quart de travail.
- Il faut que chaque infirmière soit responsable de ses actes. +++++++
- C'est à l'infirmière d'être responsable de ses actes en utilisant toutes les ressources et le savoir disponible par la collectivité.
- Nous nous devons d'être très responsable individuellement et collectivement, par rapport au soin du patient. Un ensemble peut faire un collectif.
- En tant que personne, j'ai un rôle personnel à jouer dans le respect et l'application des valeurs. Cet engagement personnel a un effet sur ma profession, sur mon entourage et ma collectivité. ++++++
- C'est une qualité de l'infirmière que d'être responsable. Elle doit être respectueuse et se doit être à jour dans ses connaissances. +++
- C'est que dans notre groupe nous devons individuellement dans notre pratique, être responsable individuellement. ++++++
- Une infirmière est une citoyenne, elle a des devoirs envers la société.
- Le patient est responsable de sa santé. +++
- Je fais un lien avec mon autonomie professionnelle, lorsque je dois maximiser dans ma pratique. De plus cela doit m'aider à favoriser l'autodétermination chez le patient.

En utilisant le concept de l'«autonomie» extrait de la citation, quel lien faites-vous avec votre pratique ou la profession infirmière? «Il nous revient en dernier recours d'assurer cette autonomie.»

- Lorsqu'on doit faire des interventions c'est nous qui portons le chapeau des actes posées, mais nous sommes responsable des décisions prises c.a.d. aller chercher de l'aide au besoin.
- Notre autonomie doit être basée sur un cadre de référence formel, sur une logique précise. Les recherches et les connaissances doivent être en application et guider notre autonomie. La surspécialisation des milieux font que les connaissances augmentent et se perfectionnent. +++++
- Considérant la rareté des ressources dans le domaine hospitalier, l'infirmière doit être capable de poser plus d'actes autonomes afin que le client aie une «plus valeur» dans les services reçus. +++
- Avec le manque de personnel nous avons de plus en plus de soins et d'actes délégués cela nous conduit vers une plus grande autonomie.
- L'autonomie est l'essence de la profession.
- C'est de se mettre à jour selon l'évolution des soins et selon les disciplines. ++
- La modernisation des soins, l'autonomie nous aide dans le rapport avec nos patients ; nos soins sont davantage personnalisés.
- Le savoir donne plus d'autonomie. Nous devons garder nos connaissances à jour. ++++++
- Les séjours hospitaliers sont diminués cela implique la participation des familles afin que le patient soit le plus autonome possible.
- Le lien entre la pratique et l'autonomie est le jugement, le respect et l'autonomie. ++++
- C'est notre capacité de décision.
- Nous travaillons sous une certaine hiérarchie et c'est nous qui sommes plus près de la clientèle.
- Planifier, être efficace, utiliser notre jugement et demander de l'aide.
- C'est le libre arbitre.
- Je dois me centrer sur ce que je connais, je pense, je crois, je ressens pour prendre une décision importante; également ne pas craindre de partager mon «unicité » dans l'équipe de soins. L'autonomie c'est être capable de s'affirmer tout en tenant compte de l'autre.

- Se voir comme partie prenante de tous les événements.
- C'est à nous que revient d'intégrer dans notre pratique le bout entre l'exécution du soin et l'accomplissement de soi. Il ne s'agit pas que d'exécuter mais de bien faire avec la relation. Notre pratique induit ce pouvoir de décision d'activités qui nous sont réservés.
- Capacité décisionnelle et de l'utilisation des compétences.
- Ne comprend pas la question...

18. À quel groupe d'âge appartenez-vous?

30 ans et moins	26 %
31 à 40 ans	24 %
41 à 50 ans	27,4 %
51 ans et plus	23 %

19. Vous appartenez à quel sexe?

Féminin	89 %
Masculin	11 %

ANNEXE (6)
COMPILATION DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE CHEZ LES INFIRMIÈRES
AYANT 11 ANS ET PLUS D'EXPÉRIENCE

1. Depuis combien d'années exercez-vous la profession d'infirmière?

11 ans ou plus	68 %	42 infirmières
----------------	------	----------------

2. Quel niveau de scolarité le plus élevé avez-vous obtenu?

Niveau de formation		Nombre d'infirmières
En formation	0 %	0
École d'infirmière	5 %	2
Collégial	26 %	11
Universitaire	64,2 %	27

3. Vous travaillez principalement sur quel quart de travail

Quart de travail		Nombre d'infirmières
Jour	62 %	26
Soir	14,2 %	6
Nuit	19 %	8

4. Le code de déontologie est là pour sanctionner. Dites jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec l'énoncé.

Tout à fait d'accord	14,2 %
Plutôt en accord	26,1 %
Tout à fait en désaccord	12 %
Ni en accord ni en désaccord	19 %
Plutôt en désaccord	24 %
Aucune réponse	2,3 %

5. Parmi la liste suggérée, inscrivez en un mot à quoi cela fait référence pour vous (ex : Justice : Police)

Valeur	Ordre professionnel	Code de déontologie	Norme	Code éthique	Règlement	Croyance
Morale 19 %	Organisation 26 %	Ligne de conduite 31 %	Règlement 26 %	Morale 14,2 %	Loi 38 %	Religion 31 %
Importance 14,2 %	Support 23 %	Balises 12 %	Égalité 23 %	Règle 12 %	Conduite 12 %	Valeur 14,2 %

Valeur	Ordre professionnel	Code de déontologie	Norme	Code éthique	Règlement	Croyance
Fondamen-tal 7,1 %	Discipline 23 %	Principes 12 %	Balise 23 %	Valeur 7 %	Entente 7 %	Conviction 10 %
Respect 7 %	OIIQ 14,2 %	Valeur 12 %	Standard 10 %	Profession-nalisme 7 %	Exigence 5 %	Idée 10 %
Soi 5 %	Protection 12 %	Profession-nalisme 7 %	Critère 10 %	Guide de bienséance 7 %	Obligation 5 %	Moi 7 %
Humanité 5 %	Référence : 5 %	Devoirs 5 %	Repère 10 %	Sagesse 7 %	Encadre-ment 5 %	Personnelle 5 %
Famille 5 %	Qualité 2,3 %	Loi 5 %	Normalité 10 %	Référence 7 %	Utile 5 %	Vérité 5 %
Unique 2,3 %	Obligeance 2,3 %	Cadre 5 %	Nécessaire 10 %	Respect 7 %	Discipline 5 %	Guide 5 %
Vie 2,3 %	Comporte-ment 2,3 %	Respect 5 %	Qualité 5 %	Engage-ment 7 %	Balise 2,3 %	Attitude 2,3 %
Justice 2,3 %	Respect 2,3 %	Infirmière 5 %	Façon de faire 5 %	Intéressant 7 %	Sanction 2,3 %	Biais 2,3 %
Principe 2,3 %	Police 2,3 %	Unité 2,3 %	Loi 5 %	Justice 7 %	Comité 2,3 %	Mœurs 2,3 %
Idéal 2,3 %	Tribunal 2,3 %	Recette 2,3 %	Moyen 5 %	Idéologie 7 %	Limite 2,3 %	Variété 2,3 %
Société 2,3 %	Uniformité 2,3 %	OIIQ 2,3 %	Directive 5 %	Confiden-tialité 7 %	Nécessaire 2,3 %	Éducation 2,3 %
Police 2,3 %	Mère supérieure 2,3 %	Sanction 2,3 %	Principe 5 %	Société 7 %	Ordre 2,3 %	Mesure 2,3 %
Prix 2,3 %	Standing 2,3 %	Éthique 2,3 %	Respect 5 %	Base 5 %	Règle 2,3 %	
Mesure 2,3 %	Infirmière 2,3 %	Surveillance 2,3 %	Généralité 5 %	Responsabil-ité 5 %	Restriction 2,3 %	
Philosophie 2,3 %	Protocole 2,3 %	Groupe 2,3 %	Institution 5 %	Façon de faire 5 %		
Profession-nalisme 2,3 %	Respon-sa-bilité 2 %		Barème 2,3 %	Être 5 %		
Primaire 2,3 %	Encadre-ment 2 %		Limite 2,3 %	Balise 5 %		
Jugement 2,3 %	Docteur 2 %		Acceptation 2,3 %	Humanisme 5 %		
Croyance 2,3 %			Travail 2,3 %			

6. Nommez 2 valeurs que vous identifiez dans votre milieu de travail?

Respect 40 %	Compassion 5 %	Dévouement 2,3 %
Intégrité 19 %	Performance 5 %	Sécurité 2,3 %
Honnêteté 12 %	Rigueur 5 %	Aide 2,3 %
Professionnalisme 10 %	Justice 5 %	Bonté 2,3 %
Empathie 10 %	Chaleur 2,3 %	Persévérance 2,3 %
Responsabilité 7,1 %	Ordre 2,3 %	Loi 2,3 %
Humaniste 7,1 %	Confiance 2,3 %	Entraide 2,3 %
Égalité 5 %	Sécurité 2,3 %	Rentabilité 2,3 %
Qualité 5 %	Compétence 2,3 %	Collaboration 2,3 %
Générosité 5 %	Égalité 2,3 %	
Passion 5 %	Don de soi 2,3 %	

**7. Le Caring est l'essence de la discipline infirmière.
Dites jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec l'énoncé :**

Tout à fait d'accord	47,6 %
Plutôt en accord	33,3 %
Tout à fait en désaccord	0 %
Ni en accord ni en désaccord	12 %
Plutôt en désaccord	7,1 %

8. En deux ou trois phrases : Quel est le rôle de l'infirmière en milieu hospitalier?

- Être à l'écoute du patient. Savoir être empathique et prendre le temps de bien faire ce qu'on doit faire pour le patient pour assurer sa sécurité.
- L'infirmière est le pivot, la spécialiste, la confidente la personne aidante. Elle est aussi la personne à consulter sur tous les sujets.
- Planifier et organiser les soins infirmiers (rôle autonome et dépendant).
- Établir ou faciliter le lien entre différents corps médicaux et les clients. Exécuter les traitements prescrits.
- Son rôle est de donner des soins de qualité et avec respect. Il faut laisser ses préoccupations de côté et ainsi donner des soins objectifs.
- Consiste en l'application des soins et traitements. Le support moral et physique et l'accompagnement dans les traitements et l'écoute.
- Au niveau biopsychosocial, dans toutes les situations de vie.
- Soins, enseignement, donner médicaments et traitements prescrits.
- Lien entre la médecine et le patient, soigner, enseigner et fait de la prévention.
- Être sécuritaire, nutritionniste, répondre à tous et si on a le temps, visiter nos patients.
- Soigner dans sa globalité.

9. En quelques mots :

• Que signifie l'expression : « engagement professionnel »?

- Un engagement est s'engager à faire le bon choix pour le patient. Ça peut être le???? , l'aider, le supporter, faire le bon traitement, en étant sécuritaire pour le patient comme le dicte ma profession.
- Mon attitude vis-à-vis les soins, ma curiosité professionnelle, la poursuite de ma formation, mon intérêt à la recherche, il exprime le parfaire mes connaissances.
- Rendre service selon les valeurs organisationnelles.
- Décision réglée par des lois.
- S'engager dans sa profession soit en adhérant à des associations au sein de son centre d'activité.
- Engagement par rapport à une profession qui a des normes et des règles établies.
- Implication pour sa profession, y croire, la défendre.
- Utiliser ses connaissances et les transmettre dans le but6 du mieux-être du patient.
- Comportement de l'infirmière qui a intégré les valeurs de la profession, qui s'assure de ses comportements et qui fait la promotion des valeurs professionnelles, etc.

• Que signifie l'expression : « engagement personnel »?

- M'implique personnellement, ne pas faire de détour, donner ma parole, régler le problème, m'investir.
- Mon attitude vis-à-vis le patient et tous ceux à qui je prodigue des soins. Il s'exprime par l'échange, la communication, le partage des valeurs et des connaissances.
- Rendre des services selon nos valeurs.
- Façon de s'impliquer selon ses propres valeurs et expérience requise.
- Signifie un engagement dans sa vie personnelle n'ayant pas de lien que sa profession.
- Qui a rapport à nous même, une décision qui n'est pas régie par des lois.
- Être vraie et agir selon ce qui est important personnellement.
- Établir lien de confiance afin que les clients puissent s'exprimer.
- Engagement au quotidien dans les soins et en collaboration.
- Investissement volontaire de son potentiel ou de ses capacités.
- Investissement émotionnel.

10. L'aspect ou les aspects que je privilégie lorsque je suis auprès d'un patient sont : Identifiez votre choix selon l'importance que vous y accordez. Utilisez les chiffres de 1 à 4, le 1 étant le plus important.

Importance accordée →	1	2	3	4	Aucune réponse
Le confort	38 %	33 %	17 %	12 %	0%
La sécurité	45 %	40,2 %	10 %	0 %	2,3 %
L'aspect légal	2,3 %	2,3 %	24 %	67 %	2,3 %
La prescription médicale	5 %	21,4 %	50 %	17 %	2,3 %

- 11. L'aspect ou les aspects que les autres privilégient lorsqu'ils sont auprès d'un patient sont : Identifiez votre choix selon l'importance que vous y accordez. Utilisez les chiffres de 1 à 4, le 1 étant le plus important.**

Importance accordée →	1	2	3	4	Aucune réponse
Le confort	17 %	19 %	36 %	21,4 %	5 %
La sécurité	26 %	36 %	24 %	7,1 %	5 %
L'aspect légal	7,1 %	14,2 %	14,2 %	55 %	5 %
La prescription médicale	43 %	24 %	17 %	7,1 %	7,1 %

- 12. L'infirmière est l'experte vis-à-vis du patient. Dites jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec l'énoncé.**

Tout à fait d'accord	26 %
Plutôt en accord	33 %
Tout à fait en désaccord	2,3 %
Ni en accord ni en désaccord	21,4 %
Plutôt en désaccord	14,2 %

- 13. En deux ou trois phrases, quelle est votre définition du soin?**

- Choisir pour le patient ce qui est le mieux pour lui.
- L'assistance, l'aide apportée au patient pour l'application du traitement, l'aide à cheminer dans différentes situations de vie et le partage de son évolution sous différents points de vue et la compréhension de ce qu'il vit.
- Actes par lesquels des gestes sont posés afin de recouvrir la santé et la promouvoir.
- Soulager, faciliter, stimuler.
- Les soins pour moi sont un ensemble qui peut être prodigué par un groupe d'intervenants.
- C'est une action faite envers le patient, physique ou morale, psychique.
- Les actions que l'on pose pour s'occuper du bien-être de la personne.
- Se préoccuper du besoin d'une personne, utilisant tout son savoir pour y répondre.
- Acte dirigé envers autrui. A pour but de promouvoir la santé, d'aider à la guérison et/ou contribuer au confort, contribuer à l'autonomie des gens.

- 14. La discipline infirmière est scientifique. Dites jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec l'énoncé.**

Tout à fait d'accord	26 %
Plutôt en accord	33,3 %
Tout à fait en désaccord	0 %
Ni en accord ni en désaccord	26 %
Plutôt en désaccord	10 %

15. Vous êtes au travail et vous voyez une personne commettre une faute. Que faites-vous?

- Je vais voir la personne et je lui demande de m'expliquer son geste, et s'il y a vraiment faute ou manque, je lui fais remplir le formulaire.
- Je lui rappelle ce qu'elle vient de faire, mesure l'impact, fais mon diagnostic et la démarche appropriés (enseignement, etc.).
- J'en parle à la personne concernée et j'informe la responsable. Je lui dis, clarifie, explique et dénonce ++++ et offre soutien ++++.
- Je m'assure aussi que cette faute ne sera pas répétée.
- Je lui fais comprendre +++ et je le soutiens ++.
- L'action est en fonction de la nature et de la gravité.
- Support pour favoriser **la responsabilisation**.

16. Vous êtes étudiante infirmière en stage sur un département. Vous connaissez maintenant les principes reliés à l'action de donner une médication à un patient. Vous allez demander un service à une consœur de stage. Au moment où vous entrez dans la chambre, vous apercevez cette dernière ramasser des comprimés du sol et les remettre dans le contenant de carton afin de les offrir à nouveau au patient. Que faites-vous?

- Je lui dis qu'elle ne peut pas faire ça en milieu de travail, qu'elle doit jeter les comprimés et recommencer. Voir la procédure
- Questionne la démarche.
- J'interromps le geste.
- Je l'avise que les comprimés sont contaminés et qu'elle ne peut les administrer au patient. Je lui dis qu'elle devrait revoir les principes d'asepsie.
- La protection du client doit passer avant la nôtre.

17. Voici une citation d'un philosophe moderne qui se questionne sur les changements de valeurs de la société : «La responsabilisation doit être collective et s'exercer dans tous les domaines du pouvoir et du savoir, mais aussi individuelle, car il nous revient en dernier recours d'assurer cette autonomie que la modernité nous a léguée.» (2004)

- **En utilisant le concept de la «responsabilisation» extrait de la citation, quel lien faites-vous avec votre pratique ou la profession infirmière? «La responsabilisation doit être collective mais aussi individuelle».**
- Je suis responsable de tout acte posé, mais je suis aussi responsable lorsque je vois quelqu'un commettre une erreur et de ne pas dénoncer.
- Il est très difficile de responsabiliser ses pairs sans l'être soi-même.
- Nous sommes responsables de notre pratique quotidienne et c'est notre devoir qu'elle soit respectée par nos consœurs et confrères.
- Nous devons être individuellement responsables, mais aussi collectivement car c'est par rapport au soin du patient, un ensemble qui ne peut que faire un ensemble, un tout.
- En tant que personne, j'ai un rôle personnel dans le respect et l'application des valeurs. Cet engagement personnel a un effet sur ma profession, mon entourage, ma collectivité.
- Se mettre à jour ++++, bien comprendre ce que je fais.
- Je suis responsable et légalement avec l'équipe en place
- Ne se limite pas aux patients. Nous devons tous voir au bien-être et à la sécurité de la clientèle, à l'unité et au service.
- Je crois que l'un ne peut aller sans l'autre.

- **En utilisant le concept de l'«autonomie» extrait de la citation, quel lien faites-vous avec votre pratique ou la profession infirmière? «Il nous revient en dernier recours d'assurer cette autonomie que la modernité nous a léguée.»**

Lorsqu'on doit faire des interventions, c'est nous qui portons la charge des actes posés. Nous sommes responsables des décisions prises. La situation actuelle exige beaucoup d'autonomie. La pression des milieux fait en sorte que les infirmières doivent augmenter leurs connaissances, se perfectionner. Elles doivent assurer cette autonomie que la productivité L'autonomie nous aide dans le rapport avec notre patient. Elle nous aide à rendre les soins plus personnalisés tout en respectant les normes. C'est en rendant les gens autonomes dans leurs soins que les gens vont mieux subvenir à leurs besoins. Augmenter son savoir — la quête. Nous devons individuellement exercer cette autonomie qui nous vient de notre savoir et notre responsabilisation lorsque nous en avons le pouvoir. Et le faire en tant que collectivité.

18. Vous appartenez à quel groupe d'âge?

30 ans et moins	0 %
31 à 40 ans	21,4 %
41 à 50 ans	43 %
51 ans et plus	36 %

19. Vous appartenez à quel sexe?

Féminin	90,4 %
Masculin	7,1 %

ANNEXE (7)

COMPILATION DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE CHEZ LES INFIRMIÈRES DE 51 ANS ET PLUS

1. Depuis combien d'années exercez-vous la profession d'infirmière?

Nombre d'infirmières	23%	15
----------------------	-----	----

2. Quel niveau de scolarité le plus élevé avez-vous obtenu?

Niveau de formation		Nombre d'infirmières
École d'infirmière	20 %	3
Collégial	27 %	4
Universitaire	53 %	8

3. Vous travaillez principalement sur quel quart de travail

Quart de travail		Nombre d'infirmières
Jour	67 %	10
Soir	20 %	3
Nuit	13,3 %	2

4. Le code de déontologie est là pour sanctionner. Dites jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec l'énoncé.

Tout à fait d'accord	20 %
Plutôt en accord	27 %
Tout à fait en désaccord	7 %
Ni en accord ni en désaccord	13,3 %
Plutôt en désaccord	27 %
Aucune réponse	7 %

5. Parmi la liste suggérée, inscrivez en un mot à quoi cela fait référence pour vous (ex : Justice : Police)

Valeur	Ordre professionnel	Code de déontologie	Norme	Code éthique	Règlement	Croyance
Importance 27 %	Association 13,3 %	Respect 20 %	Règle 33,3 %	Moralité 27 %	Loi 47 %	Personnelle 33,3 %
Fondamen-tal 13 %	Protection 13,3 %	Infirmière 13,3 %	Critère 20 %	Règles 13,3 %	Balise 7 %	Valeur 20 %
Justice 7 %	Mère supérieure 9 %	Balises 13,3 %	Qualité 13,3 %	Base 7 %	Obligation 7 %	Religion 13,3 %

Valeur	Ordre professionnel	Code de déontologie	Norme	Code éthique	Règlement	Croyance
Moralité 7 %	Qualité 7 %	Limite 7 %	Moyen 7 %	Balises 7 %	Utile 7 %	Attitude 7 %
Humanité 7 %	Encadrement 7 %	Valeur 7 %	Repère 7 %	Référence 7 %	Conduite 7 %	Vérité 7 %
Prix 7 %	Support 7 %	Cadre 7 %	Nécessaire 7 %	Respect 7 %	Entente 7 %	Guide 7 %
Mesure 7 %	Police 7 %	Professionnalisme 7 %	Barème 7 %	Engagement 7 %	Nécessaire 7 %	Opinion 7 %
Être 7 %	Tribunal 7 %	Conduite 7 %		Humaine 7 %	Discipline 7 %	Éducation 7 %
Respect 7 %	Uniformité 7 %	Base 7 %		Intéressant 7 %	Restriction 7 %	
Acquis 7 %	Standing 7 %	Surveillance 7 %		Inévitable 7 %		
Famille 7 %	Infirmière 7 %	Aucune réponse 7 %		Aucune réponse 7 %		
	Médecin 7 %					
	OIIQ 7 %					

6. Nommez 2 valeurs que vous identifiez dans votre milieu de travail?

Professionalisme 20,3 %	Intégrité 7 %	Don de soi 7 %
Honnêteté 20 %	Responsabilité 7 %	Rentabilité 7 %
Respect 20 %	Passion 7 %	Justice 7 %
Empathie 20 %	Dévouement 7 %	Rigueur 7 %
Aide 13,3 %	Bonté 7 %	Collaboration 7 %
Compassion 13,3 %	Persévérance 7 %	
Performance 13,3 %	Partage 7 %	

**7. Le Caring est l'essence de la discipline infirmière.
Dites jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec l'énoncé :**

Tout à fait d'accord	47 %
Plutôt en accord	47 %
Tout à fait en désaccord	0 %
Ni en accord ni en désaccord	0 %
Plutôt en désaccord	7 %

8. En deux ou trois phrases : Quel est le rôle de l'infirmière en milieu hospitalier?

- Planifier et organiser les soins. ++
- Établir ou faciliter le lien entre différents corps médicaux et les clients. Assurer confort, maintenir ou améliorer l'autonomie des clients. Exécuter les traitements prescrits. +++
- Offrir le support moral et physique à travers les soins, l'accompagnement et l'écoute. +
- Conserver les connaissances à jour, en prodiguant les soins avec le plus grand respect, dignité.
- Évaluer les situations cliniques de ses clients. Planifier les interventions. Appliquer le plan de traitement. Agir comme pivot entre les divers professionnels. +
- Assistance à des personnes ayant besoin de satisfaire des besoins physiques et/ou psychosociaux. +
- Soigner le client dans sa globalité, l'aider à répondre à ses besoins jusqu'à ce qu'il retrouve son autonomie.

9. En quelques mots :

Que signifie l'expression : « engagement professionnel »?

- Rendre service selon les valeurs organisationnelles.
- Décision régie par des lois.
- Engagement pris par rapport à une profession qui a des normes et des règles établies. ++
- Responsabilité, autonomie professionnelle ++, code de déontologie, honnêteté +.
- Comportement de l'infirmière qui a intégré les valeurs de la profession, qui assure de ses compétences, fait la promotion des valeurs professionnelles : leadership, etc. +
- En utilisant mes connaissances de la façon la plus respectueuse pour arriver aux buts et objectifs visés pour mes patients. ++

Que signifie l'expression : « engagement personnel »?

- Rendre service selon nos valeurs. +
- Façon de s'impliquer selon ses propres valeurs et expérience acquise.
- Engagement qui a rapport à nous même, qui n'est pas régi par des lois. +
- Savoir faire, être. Donner les meilleurs soins possibles à chaque personne selon la situation. ++
- Personne qui s'implique face à une situation, qui s'investit dans une cause, qui agit.
- Utiliser son savoir-être. ++
- Je m'engage personnellement en respectant mes valeurs, les droits, les normes professionnelles en gardant en vue ceux du patient (valeurs, droits, etc.). +

10. L'aspect ou les aspects que je privilégie lorsque je suis auprès d'un patient sont : Identifiez votre choix selon l'importance que vous y accordez. Utilisez les chiffres de 1 à 4, le 1 étant le plus important.

Importance accordée →	1	2	3	4
Le confort	33 %	47 %	0 %	13,3 %
La sécurité	60 %	20 %	13,3 %	0 %
L'aspect légal	0 %	0 %	33,3 %	60 %
La prescription médicale	0 %	27 %	47 %	20 %

- 11. L'aspect ou les aspects que les autres privilégient lorsqu'ils sont auprès d'un patient sont : Identifiez votre choix selon l'importance que vous y accordez. Utilisez les chiffres de 1 à 4, le 1 étant le plus important.**

Importance accordée →	1	2	3	4	Aucune réponse
Le confort	73,3 %	27 %	27 %	20 %	7 %
La sécurité	13,3 %	47 %	13,3 %	13,3 %	7 %
L'aspect légal	7 %	7 %	33,3 %	40 %	7 %
La prescription médicale	53 %	7 %	13,3 %	13,3 %	7 %

- 12. L'infirmière est l'experte vis-à-vis du patient. Dites jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec l'énoncé.**

Tout à fait d'accord	20 %
Plutôt en accord	53,3 %
Tout à fait en désaccord	0 %
Ni en accord ni en désaccord	6,7 %
Plutôt en désaccord	20 %

- 13. En deux ou trois phrases, quelle est votre définition du soin?**

- Actes par lesquels des gestes sont posés afin de recouvrer la santé et la promouvoir. ++
- Soulager, faciliter, stimuler.
- Action faite envers un patient, physique ou morale, c'est un soutien.
- Voir au bien-être physique, psychologique, social et spirituel d'une personne malade. +
- Se préoccuper du besoin d'une personne et utiliser tout son savoir pour y répondre. +
- Donner au patient les moyens de reprendre son évolution et sa responsabilité face à sa santé. +
- Accompagnement d'une personne dans sa recherche d'un mieux-être. ++
- Travail d'équipe où le patient est l'élément primordial. Il est aussi aidé par des professionnels qui doivent mettre leurs compétences "à son service".

- 14. La discipline infirmière est scientifique. Dites jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec l'énoncé.**

Tout à fait d'accord	27 %
Plutôt en accord	47 %
Tout à fait en désaccord	0 %
Ni en accord ni en désaccord	20 %
Plutôt en désaccord	7 %

- 15. Vous êtes au travail et vous voyez une personne commettre une faute. Que faites-vous?**

- Vérifier les raisons, conseils.
- Prendre conscience, aide, support et éviter que cela se reproduise. +++++
- Suggère d'en parler avec son superviseur et si elle ne le fait pas, je le ferai. +++
- J'en parle à son supérieur. ++
- Je lui dis. ++

16. Vous êtes étudiante infirmière en stage sur un département.

Vous connaissez maintenant les principes reliés à l'action de donner une médication à un patient. Vous allez demander un service à une consœur de stage. Au moment où vous entrez dans la chambre, vous apercevez cette dernière ramasser des comprimés du sol et les remettre dans le contenant de carton afin de les offrir à nouveau au patient. Que faites-vous?

- J'interromps son geste et je lui demande de remplacer le médicament. +++
- Je l'avertis d'en reprendre d'autres avec diplomatie. +++++
- Je lui en parle afin qu'elle puisse corriger son geste et j'avise ++ et je lui dis de ne pas faire aux autres ce qu'elle ne souhaite pas qu'on lui fasse. +

17. Voici une citation d'un philosophe moderne qui se questionne sur les changements de valeurs de la société : «La responsabilisation doit être collective et s'exercer dans tous les domaines du pouvoir et du savoir, mais aussi individuelle, car il nous revient en dernier recours d'assurer cette autonomie que la modernité nous a léguée.» (2004)

En utilisant le concept de la «responsabilisation» extrait de la citation, quel lien faites-vous avec votre pratique ou la profession infirmière? «La responsabilisation doit être collective mais aussi individuelle».

- Je suis responsable de mes actes mais le milieu doit tenir compte de ma compétence, de ma charge de travail et me fournir le support professionnel nécessaire. +++
- Je dois me garder à jour dans mon milieu et prendre les moyens pour devenir un agent de changement dans ma collectivité.
- Collective dans le sens de recevoir du support et du feed-back de mes coéquipières.
- Travail d'équipe, en premier je dois me responsabiliser. +++ Les infirmières qui pratiquent depuis plusieurs années.
- C'est une affaire collective.
- C'est à chacune.
- Pas de réponse.

En utilisant le concept de l'«autonomie» extrait de la citation, quel lien faites-vous avec votre pratique ou la profession infirmière? «Il nous revient en dernier recours d'assurer cette autonomie que la modernité nous a léguée.»

- Avec la rareté des ressources, l'infirmière doit être responsable et capable de poser plus d'actes autonomes afin que le client reçoive plus.
- Se trouver un style en lien avec les exigences organisationnelles.
- Il nous revient de parfaire nos connaissances, de reconnaître nos limites ou nos lacunes et de profiter de chaque occasion pour s'améliorer. ++
- L'infirmière doit être certaine de son rôle. Elle doit connaître et avoir intériorisé tous les aspects de sa profession, penser qu'elle ne pratique pas nécessairement avec d'autres infirmières.
- La profession est en évolution, nous devons assumer plus de responsabilités et nous devons faire nos soins avec compétence et vigilance. +
- Influence, questionnement.
- S'affirmer en tenant compte des autres.
- Les jeunes doivent être encadrés.

18. Vous appartenez à quel groupe d'âge?

30 ans et moins	0 %
31 à 40 ans	0%
41 à 50 ans	0 %
51 ans et plus	100 %

19. Vous appartenez à quel sexe?

Féminin	87 %
Masculin	13 %

ANNEXE (8)
LETTRE D'INTRODUCTION ET QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI

QUESTIONNAIRE PORTANT SUR LA

« PROBLÉMATIQUE DE L'ÉVOLUTION DU SYSTÈME DE VALEURS CHEZ LES
INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DANS LE CONTEXTE DE L'ÉTHOS POSTMODERNE »

SOUS LA RESPONSABILITÉ DE
NICOLE MAHEUX, ÉTUDIANTE À LA MAÎTRISE EN ÉTHIQUE DE L'UQAR

DIRECTION BRUNO LECLERC, PROFESSEUR

Mai 2005

Bonjour,

Je suis présentement à la maîtrise en éthique à l'Université du Québec à Rimouski et je travaille comme assistante-infirmière-chef au CME du CHUL à Québec. Mon domaine d'intérêt et de recherche se situe au niveau de la transformation des valeurs chez les infirmières et infirmiers dans un contexte de changement organisationnel et de société. Je sollicite votre collaboration afin de m'aider dans ma démarche. Les données recueillies par le biais du questionnaire seront traitées de façon strictement confidentielle et anonyme.

Je vous remercie de prendre le temps de me signifier votre participation à l'étude en remplissant le questionnaire qui prendra 30 minutes de votre précieux temps.

*Merci de votre attention,
Nicole Maheux*

Québec, Mai 2005

Bonjour,

Je suis présentement à la maîtrise en éthique à l'Université du Québec à Rimouski. Je travaille aussi comme assistante-infirmière-chef au CME du CHUL à Québec. Mon domaine d'intérêt et de recherche se situe au niveau de la transformation des valeurs chez les infirmières et infirmiers dans un contexte de changement organisationnel et de la société. Je sollicite votre collaboration et celle de vos infirmières afin de m'aider dans ma démarche. Les données recueillies par le biais du questionnaire seront traitées de façon strictement confidentielle et anonyme.

Je vous remercie de prendre le temps de me signifier votre participation à l'étude en remplissant le questionnaire qui prendra 30 minutes de votre précieux temps.

Merci de votre attention,

Nicole Maheux

QUESTIONNAIRE

1. Depuis combien d'années exercez-vous la profession d'infirmière?

- ☐ Étudiant en techniques infirmières ☐ 5 ans et moins
☐ 11 ans ou plus ☐ 6 à 10

2. Quel niveau de scolarité le plus élevé avez-vous obtenu?

- ☐ En formation ☐ Collégial
☐ École d'infirmière ☐ Universitaire

3. Vous travaillez principalement sur quel quart de travail

- ☐ Étudiant ☐ Jour ☐ Soir ☐ Nuit

4. Le code de déontologie est là pour sanctionner. Dites jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec l'énoncé.

- ☐ Tout à fait d'accord ☐ Ni en accord ni en désaccord
☐ Plutôt en accord ☐ Plutôt en désaccord
☐ Tout à fait en désaccord

5. Parmi la liste suggérée, inscrivez en un mot à quoi cela fait référence pour vous :

Ordre professionnel : _____

Valeur : _____

Code de déontologie : _____

Norme : _____

Code d'éthique : _____

Règlement _____

Croyance : _____

6. Nommez 2 valeurs que vous identifiez dans votre milieu de travail?

7. ***Le Caring est l'essence de la discipline infirmière.***
Dites jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec l'énoncé :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord | <input type="checkbox"/> Ni en accord ni en désaccord |
| <input type="checkbox"/> Plutôt en accord | <input type="checkbox"/> Plutôt en désaccord |
| <input type="checkbox"/> Tout à fait en désaccord | |

8. **En deux ou trois phrases : Quel est le rôle de l'infirmière en milieu hospitalier?**

9. **En quelques mots :**

- **Que signifie l'expression : « engagement professionnel »?**

- **Que signifie l'expression : « engagement personnel »?**

10. **L'aspect ou les aspects que je privilégie lorsque je suis auprès d'un patient sont : Identifiez votre choix selon l'importance que vous y accordez. Utilisez les chiffres de 1 à 4, le 1 étant le plus important.**

Le confort _____ La sécurité _____ L'aspect légal _____

La prescription médicale _____

- 11. L'aspect ou les aspects que les autres privilégient lorsqu'ils sont auprès d'un patient sont : Identifiez votre choix selon l'importance que vous y accordez. Utilisez les chiffres de 1 à 4, le 1 étant le plus important.**

Le confort _____ La sécurité _____ L'aspect légal _____

La prescription médicale _____

- 12. L'infirmière est l'experte vis-à-vis du patient. Dites jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec l'énoncé.**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord | <input type="checkbox"/> Ni en accord ni en désaccord |
| <input type="checkbox"/> Plutôt en accord | <input type="checkbox"/> Plutôt en désaccord |
| <input type="checkbox"/> Tout à fait en désaccord | |

- 13. En deux ou trois phrases, quelle est votre définition du soin?**

- 14. La discipline infirmière est scientifique. Dites jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec l'énoncé.**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord | <input type="checkbox"/> Ni en accord ni en désaccord |
| <input type="checkbox"/> Plutôt en accord | <input type="checkbox"/> Plutôt en désaccord |
| <input type="checkbox"/> Tout à fait en désaccord | |

- 15. Vous êtes au travail et vous voyez une personne commettre une faute. Que faites-vous?**

16. Vous êtes étudiante infirmière en stage sur un département.

Vous connaissez maintenant les principes reliés à l'action de donner une médication à un patient. Vous allez demander un service à un enseignant de stage. Au moment où vous entrez dans la chambre, vous apercevez cette dernière ramasser des comprimés du sol et les remettre dans le contenant de carton afin de les offrir à nouveau au patient. Que faites-vous?

17. Voici une citation d'un philosophe moderne qui se questionne sur les changements de valeurs de la société : «La responsabilisation doit être collective et s'exercer dans tous les domaines du pouvoir et du savoir, mais aussi individuelle, car il nous revient en dernier recours d'assurer cette autonomie que la modernité nous a léguée.» (2004)

- **En utilisant le concept de la «responsabilisation» extrait de la citation, quel lien faites-vous avec votre pratique ou la profession infirmière? «La responsabilisation doit être collective mais aussi individuelle».**

- **En utilisant le concept de l'«autonomie» extrait de la citation, quel lien faites-vous avec votre pratique ou la profession infirmière? «Il nous revient en dernier recours d'assurer cette autonomie que la modernité nous a léguée.»**

18. Vous appartenez à quel groupe d'âge?

☐ 30 ans et moins ☐ 31 à 40 ☐ 41 à 50 ☐ 51 ans et plus

19. Vous appartenez à quel sexe?

☐ Masculin ☐ Féminin

Merci de votre collaboration

BIBLIOGRAPHIE

- Benner, Patricia, Kyriakidis, H. Patricia, Stannard, Daphne (1999). *Clinical Wisdom and Interventions In Critical Care. A Thinking-In-Action Approach*. W.B. Saunders Company. Philadelphia, Pennsylvania. 588 p.
- Besanceney, J. Cl et R. Hono, P. Michot, D. Moreau, M. Quest. (1996), *L'éthique et les soignants*, Paris, Éditions Lamarre, 2^e édition, 177 p.
- Blondeau, Danielle (dir.) (1999). *Éthique et soins infirmiers*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 336 p.
- Blondeau, Danielle (1992). « L'éthique professionnelle : Un univers à explorer. » *Nursing Québec*. Vol. 12, Mai-Juin.
- Blondeau, Danielle (dir.) (1986). *De l'Éthique à la Bioéthique : repères en soins infirmiers*, Montréal, Gaétan Morin éditeur, 425 p.
- Boisvert, Yves, Magalie Jutras, Georges A. Legault, Allison Marchildon, avec la collaboration de Louis Côté, *Petit manuel d'éthique appliquée à la gestion publique*, Montréal, Liber, 2003.
- Boykin, Anne, Schoenhofer, Savina (1993). *Nursing as Caring. A Model for Transforming Practice*. New York, National League for Nursing Press, 108 p.
- Boyd, C., Mast, D. (2005). « Watson's Model of Human Care ». Fitzpatrick, J. J., & Whall, A. L. (eds.), *Conceptual Models of Nursing : Analysis and Application*. California, Pearson/Prentice Hall, 4^e édition, 358 p.
- Collière, Marie-Françoise (1986). *Invisible Women as Health Care-Providers*. International Journal of Nursing Studies, 23 (2). p. 95-112.
- Delsol, Chantal (1996). *Le souci contemporain*, Paris, Éditions Complexe, Coll. Faire sens, 263 p.
- Durkheim, Émile (1974). *Sociologie et philosophie*. Paris, PUF, 121 p.
- Dussault, Gilles, Harvey, Jean, et Bilodeau, Henriette (1987). *La réglementation professionnelle et le fonctionnement du système socio-sanitaire du Québec*. Québec, Les Publications du Québec, 172 p.
- Dussault, G. (1989). « L'éthique professionnelle. » *Cahiers de recherche éthique*, No 13, Montréal, Fides, p. 111-125,
- Fawcett, Jacqueline (2000). *Analysis and Evaluation of Contemporary Nursing Knowledge. Nursing Models and Theories*, Philadelphia, F.A. Davis Company, 724 p.
- Fitzpatrick, J. J., & Whall, A. L. (2005). *Conceptual Models of Nursing : Analysis and Application*, Upper Saddle River NJ, Pearson/Prentice Hall. 4^e édition, 356 p.
- Fortin, Pierre (1995). *La morale, l'éthique, l'éthicologie : une triple façon d'aborder les questions d'ordre moral*. Sainte-Foy, Les Presses de l'Université du Québec, 124 p.
- Fortin, M.F., Taggart, M.E., Kérouac S., Normand, S. (1988). *Introduction à la recherche : auto-apprentissage assisté par ordinateur*, Montréal, Éditions Décarie.
- Giroux, Guy (dir.) (1997). *La pratique sociale de l'éthique*, Montréal. Bellarmin, 286 p.

- Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair) (2000), *Les solutions émergentes*, Ministère de la santé et des services sociaux, Québec.
- Jonas, Hans (1995). *Le principe responsabilité*, Paris, Flammarion, coll. Champs, 470 p.
- Kérouac, Suzanne, Pépin, Jacinthe, Ducharme, Francine, Major, Francine (2003). *La pensée infirmière*, Québec, Beauchemin, 2^e édition, 215 p.
- Kolcaba, Katharine (2002). « Theory of comfort », A.M. Tomey & M.R. Alligood, *Nursing theorist and their work*, Toronto, Mosby, 5^e édition, p.430-450.
- Lapointe, Paul-André, Chayer, Malie, Malo, François Bernard et Rivard, Linda. (2000). «La reconfiguration des soins de santé et la réorganisation du travail infirmier», *Nouvelles pratiques sociales. Des pratiques adaptées aux nouveaux temps de vie*, Vol. 13, no 2, Université du Québec à Montréal.
- Legault, Georges A. et J.-M. Larouche, F. Jutras (2000). «Crise d'identité professionnelle et professionnalisme : la construction de l'identité», Christiane Gohier et Christian Alin (dir.), *Enseignant/Formateur : la construction de l'identité professionnelle*, Paris, L'Harmattan, 304p.
- Legault, Georges A. (dir.) (2003). *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme*, Sainte-Foy, , Les Presses de l'Université du Québec, 246 p.
- Legault, Georges A. (1999). *Professionnalisme et délibération éthique : Manuel d'aide à la décision responsable*, Sainte-Foy, Les presses de l'Université du Québec, 306 p.
- Lipovetsky, Gilles (2002). *Métamorphoses de la culture libérale*, Montréal, Liber, 113 p.
- Lipovetsky, Gilles (1992). *Le crépuscule du devoir : L'éthique indolore des nouveaux temps démocratiques*, Paris, Gallimard, 292 p.
- Lipovetsky, Gilles (1983). *L'ère du vide : Essais sur l'individualisme contemporain*, Paris, Gallimard, 246 p.
- Malherbe, Jean- François (1999). *Compromis, Dilemmes et Paradoxes en éthiques cliniques*, Montréal, Les Éditions Fides, 210 p.
- Malherbe, Jean-François (1997). *La conscience en liberté, apprentissage de l'éthique et creation de consensus*, Montréal, Fides, 69 p.
- Marriner, Tomey et A. Raile, M. Alligood (2002). *Nursing Theorists and their work*, Toronto, Mosby, 5^e édition, 672 p.
- Maslow, Abraham H. (2004). *L'accomplissement de soi : de la motivation à la plénitude*, Paris, Eyrolles, 207 p.
- McEwen, Mélanie, Evelyn M. Wills (2002). *Theoretical Basis for Nursing*, New York, Lippincott Williams & Wilkins, 469 p.
- Müller, Denis (1998). *Les éthiques de responsabilité dans un monde fragile*. Montréal, Fides, 43 p.
- Newman, Margaret A. (1991). «Health conceptualization», *Annual Review of Nursing Research*, Vol. 9, p. 221-243.
- Ordre des infirmiers et des infirmières du Québec. (2001). *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière*, Montréal, OIIQ, Direction de la qualité de l'exercice, 28 p.
- Parent, Pierre-Paul (2002). *Déontologie professionnelle* (Notes de cours), Rimouski, UQAR, p.188.

Parse, Rosemarie Rizzo (2003). *L'humain en devenir. Nouvelle approche du soin et de la qualité de vie*, traduit de l'américain par Francine Major, Québec, Les Presses de L'Université Laval, 169.p.

Peterson, Sandra, Timothy Bredow et Timothy Bradow (2004). *Middle Range Theories : Application to Nursing Research*, New York, Lippincott, Williams & Wilkins, 432 p.

Polit, D.F., Hungler, B.P. (1987). *Nursing Research: Principles and methods*, 3^e édition, Philadelphie, J.B. Lippincott Co.

Platon. (1966). *La République*. Paris, GF-Flammarion, 510 p.

Storch, L. Janet, Rodney, Patricia, Starzomski, Rosalie (2004)*Toward a moral horizon. Nursing Ethics for leadership and Practice*. Pearson Education Canada Inc., Toronto, Ontario. 575 p.

Tschudin, Verena (1992). *Ethics in Nursing : The caring relationship*, Oxford, Butterworth-Heinemann, 177 p.

Tocqueville, Alexis (1961). *De la démocratie en Amérique*, Paris, Gallimard. 625 p.

Villers, Marie-Éva. (1997). *Multidictionnaire de la langue française*, Montréal, Québec-Amérique, 3^e édition, 1532 p.

Watson, J. (2002). « Intentionality and Caring-Healing Consciousness: A practice of Transpersonal Nursing », *Holistic Nursing Practice*, 16(4), p. 12-19.

Watson, J. (1997). «The theory of human caring: Retrospective and prospective», *Nursing Science Quarterly*, 10(1), p. 49-52.

Young, A. et S.G. Taylor, K. McLaughlin-Repenning (2001). *Connections Nursing Research, Theory, and Practice*, Toronto, Mosby, 509 p.